

Politiikan ja talouden tutkimuksen laitos
Valtiotieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto

ASiantuntijuus, väestöpolitiikka, sota

Lastenneuvoloiden kehittyminen
osaksi kunnallista perusterveydenhuoltoa 1904–1955

Helene Laurent

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Helsingin yliopiston valtiotieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Helsingin yliopiston päärakennuksen auditoriumissa XII (Unioninkatu 34, 3. krs.) lauantaina 14. päivänä lokakuuta 2017 kello 12 alkaen.

Helsinki 2017

Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 61/2017
Talous- ja sosiaalhistoria

© Helene Laurent

Kansikuva:
Toukolan lastenneuvola, Helsinki 1949.
Kuva Yrjö Lintunen, Kansan arkisto.

Painettua julkaisua myy ja välittää:
Unigrafia kirjamyynti
<http://kirjakauppa.unigrafia.fi>
books@unigrafia.fi

ISSN 2343-273X (painettu)
ISSN 2343-2748 (verkkajulkaisu)

ISBN 978-951-51-3277-2 (nid.)
ISBN 978-951-51-3278-9 (PDF)

Unigrafia
Helsinki 2017

ESIPUHE

Löysin aiheen väitöskirjaani kirjoittaessani toisen maailmansodan aikaista epidemiantorjuntaa käsittelevää pro gradu-työtäni. Tällöin minua jäi vai-vaamaan, kuinka on mahdollista, että sotavuosina imeväiskuolleisuus saattoi olla matalampaa kuin rauhan aikana ja että meille suomalaisille niin tärkeät ja rakkaat neuvolalait säädettiin vuonna 1944, sodan vielä jatkuessa. Saman-aikaisesti, omassa leipätyössäni rokotetutkijana minua kummastutti, että suomalaiset osallistuvat niin innokkaasti rokotetutkimuksiin. Äidit halusivat mukaan jopa alle kolmen kuukauden ikäisiä vauvojaan. Tämä kaksinkertainen ihmetykseni johdatteli minut selvittämään Suomen lastenneuvolalaitoksen syntyä ja kehitystä sekä sen suhdetta ympäröivään yhteiskuntaan. Tie on ollut mutkikas ja monipolvinen, mutta useista tieteenalosta inspiraatiota, metodeja ja aineistoja lainannut työni on nyt vihdoin saatettu loppuun.

Ilman apua en olisi tästä urakasta selvinnyt. Kiitoksen ansaitsee ennen kaikkea dosentti Minna Harjula, joka on kärsivällisesti jaksanut ohjata ja kannustaa minua haparoivasta alusta alkaen aina loppumetreille saakka. Toista ohjaajaani, professori Antti Häkkistä haluan kiittää työn loppuvaiheen kirittämisestä. En tiedä, olisiko työni koskaan valmistunut ilman Antin apua. Kiitän esitarkastajiani professori Tiina Kinnusta ja professori Marjaana Niemeä arvokkaista kommentteista, jotka ovat auttaneet viimeistelemään tutkimukseni. Lasten infektioautien professori Heikki Peltolaa kiitän työni lääketieteellisen osuuden tarkistamisesta. Professori Aino Nevalainen on valistuneen maallikon roolissaan antanut minulle hyödyllisiä kommentteja, joista olen kiitollinen. Kiitän ”kielipoliisejani”: Marja Vuorinen auttoi minua saatamaan työni kieliasun luettavaan kuntoon, ja Sophy Bergenheim tarkasti englanninkielisen abstraktini. Kiitän Pertti Kavénia, joka antoi käyttööni oman yksityisarkistonsa. En valitettavasti enää voi kiittää edesmennyttä Kimmo Leppoa, jolta sain lainaksi hänen setänsä Erkki Lepon käsikirjoituksen. NordWel mahdollisti minulle erittäin hyödyllisen kolmen kuukauden työskentelyn Tukholman yliopistossa.

Lopuksi haluan kiittää talous- ja sosiaalhistorian tutkijakollegoitani, joiden kanssa seminaareissa ja kahvipöydässä käydyt lukemattomat keskustelut ovat olleet opettavaisia ja innoittavia sekä auttaneet minua jaksamaan välillä raskaallakin tutkijan taipaleella.

Punavuorella 12.9.2017

Helene Laurent

SISÄLLYSLUETTELO

Esipuhe	3
Sisällysluettelo.....	4
Lyhenteet	7
Tiivistelmä	8
Abstract.....	8
1 Johdanto	11
1.1 Mitä on lasten terveysneuvonta?	12
1.2 Lasten terveydenhuolto historian tutkimuksen kohteena	15
1.3 Teoreettisia näkökulmia	19
<i>Asiantuntijuus – episteeminen yhteisö</i>	
<i>Positiivinen eugeniikka ideologiana</i>	
<i>Imeväiskuoilleisuuden vaikuttavat tekijät</i>	
<i>Sota yhteiskunnallisen muutoksen katalysaattorina</i>	
1.4 Tutkimustehtävä	33
1.5 Menetelmät ja aineistot	35
<i>Työn rakenne</i>	
LAPSIKIN ON KANSALAINEN. 1904–1939.	43
2 Imeväiskuoilleisuus sosiaalisen edistyksen mittarina.....	44
2.1 Lääkärit ja naisliike liittoutuvat.....	47
<i>Maitopisarayhdistys neuvolatyön pioneeri</i>	
<i>Ensimmäinen maailmansota käännekohtana –</i>	
<i>”On vaarallisempaa olla vauva kuin sotilas”</i>	
2.2 Arvo Ylppö ja saksalaisen pediatrian perinne	53
<i>Eugeniikkaa ja sosiaalihygieniaa</i>	
<i>”Positiivisen terveyden” puolesta</i>	
2.3 Sairaanhoidtajien anglosaksinen koulutustraditio	64
2.4 Lastensuojelujärjestöt itsenäisessä Suomessa	67
<i>Kielen ja politiikan väliset jännitteet</i>	
<i>Folkhälsan – ruotsalaisen rodun puolesta</i>	
<i>Mannerheim-liitto – valkoinen kansalaisjärjestö</i>	
2.5 Yksityinen vai valtiollinen koulutus?.....	76
2.6 Terveystieteiden sosiaalisen terveydenhuollon asiantuntijoina.....	81
2.7 ”Järkiperäinen lastenhoito” käytännössä.....	86
<i>Imeväiskuoilleisuus laskee nopeasti Helsingissä</i>	
3 Kansanterveysaatteen nousu	92
3.1 Huoli syntyvyyden alenemisesta – äitiyshuolto ensisijainen	93
3.2 Maaseudun ongelmat Euroopassa yhteisiä	96
<i>Ravitsemus, terveys ja pula-aika</i>	
<i>Severi Savonen ja maaseudun kansanterveys</i>	
<i>Ajatus terveystaloista nostetaan esille</i>	
3.3 Medikalisoituva lastenneuvola	109
<i>Tuberkuloosityö – Cornet vai Flügge?</i>	
<i>Kymmenen sääntöä riisitaudin vastustamiseksi</i>	

3.4	Yhteistyöhön Rockefeller-säätiön kanssa.....	117
3.5	Alppiaurinkoa ja kiertokoreja.....	119
	<i>Helsingillä vahvat perinteet lastensuojelussa</i>	
	<i>Folkhälsan aktiivinen Pohjanmaalla</i>	
	<i>Lastenhoidon neuvontaa rajaseudulla</i>	
SOTAVUODET MURROKSENA. 1939–1944.		128
4	Asiantuntijoiden aikakausi.....	130
4.1	Suomen Huolto avustustyön johdossa	131
	<i>Kansanterveyttä Hoover-rahoilla</i>	
4.2	Siirtoväelle sairaaloita ja neuvoloita	144
	<i>Kiertävät neumat – valistusta ja tilastointia</i>	
	<i>Rajaseutumiljoonilla neuvoloita</i>	
	<i>Lasten sairaalapaikat moninkertaistuvat</i>	
4.3	Väestön lisääntyminen – olemassaolon peruskysymys	153
4.4	Lasten terveydenhuollon ohjelma	162
	<i>Lääkintöhallitukselta johtosääntö neuvoloille</i>	
	<i>Kansanterveyslait eduskuntaan</i>	
	<i>Ruotsin neuvolalait vertailukohteena</i>	
5	Lapset, sota ja terveys.....	175
5.1	Lääketiede kriisiolosuhteissa.....	175
	<i>Rokote- ja lääkelahjoitukset modernisaation välineinä</i>	
	<i>Tuberkuloosirokotukset aloitetaan</i>	
5.2	Viimeinen kurkkumätäpandemia.....	181
5.3	”Lasten terveydentila jopa parempi kuin rauhanvuosina”	187
	<i>Saatava lisää terveyssisaria!</i>	
	<i>Neuvontatyö imeväiskuolleisuuden alentajana</i>	
	<i>Ruotsiin sairaita lapsia, ei ”perinnöllisesti heikkoa ainesta”</i>	
6	Sortavalan piiri kansanterveystyön koelaboratoriona	198
6.1	Jouluksi kotiin – paluumuutto syksyllä 1941.....	199
6.2	Lapset ja naiset etusijalla.....	201
	<i>Piirilääkäri Helmi Jaakkimainen, ”Karjalan terveysapostoli”</i>	
6.3	Nykyajan tunnus on yhteistyö	206
	<i>Sotasairaalassa synnytysosasto</i>	
	<i>Suomen Huollolla lastensairaaloihin</i>	
	<i>Tuberkuloositarkastukset suosittuja</i>	
	<i>Pelastusarmeijalta pakettiauto</i>	
	<i>SPR rinnakkaisorganisaationa</i>	
6.4	Kummikuntarahoja Ruotsista	213
6.5	Rautaa, vitamiineja ja Ovomaltinea	215
	<i>Lastenneuvolan arkea – kalaöljyä, ulos!</i>	
6.6	”Kansanterveyden tietoniekat” kaikessa mukana	222
	<i>Nuoren terveyssisaren ilot ja surut</i>	
6.7	”Naislääkäreitä” vai ammattilaisia?	226
6.8	Epilogi – lähtö Karjalasta kesällä 1944	232

VAKIINTUMISEN AIKA. 1944–1955.....	235
7 Jälleenrakennuksen haasteet	236
7.1 Perhepolitiikan valtakausi	239
7.2 Kansainväliset lahjoitukset merkittäviä	241
<i>Ulkomaisen avun toimikunta perustetaan 21.9.1944</i>	
<i>UNRRA-apu Pohjois-Suomeen</i>	
<i>Ruotsi suurin lahjoittaja</i>	
7.3 Terveystalot maaseudun terveydenhuollon keskuksina	248
<i>"Sokerikruunut" avuksi</i>	
<i>Tupakkalahjalla lastensairaala</i>	
<i>Kilpailuhenkeä – kuka ehtii ensin?</i>	
7.4 Tarkkailua, neuvontaa ja terveystasvatusta.....	259
<i>Alueelliset erot alkuvaiheessa suuret</i>	
<i>Terveysisaret perheiden tukena</i>	
<i>Ruokintaohjeet epäsuosittuja</i>	
<i>Suomen lasten terveydenhoito amerikkalaisin silmin</i>	
7.5 Kansallinen rokotushjelma.....	270
<i>Uusi rokotuslaki 1952 – rokotuksista tulee vapaaehtoisia</i>	
<i>Maailman täydellisimmin BCG-rokotettu kansa</i>	
<i>Kurkkumätä jää historiaan</i>	
<i>Hinkuyskärökote tärkeä pikkuvauvoille</i>	
<i>Jäykkäkouristusrokotus ohjelmaan vasta vuonna 1957</i>	
<i>Epähuuloa poliorokotusta kohtaan</i>	
7.6 Rokotemyönteisyys valikoivaa.....	281
7.7 Suomen neuvolajärjestelmästä vientituote	284
7.8 Terveyden edistäminen lastenneuvolan tavoitteena.....	287
8 Johtopäätökset	291
8.1 Eugeniikka aikakauden ideologiana	291
8.2 Puolivaltiolliiset instituutiot	292
8.3 Nationalistinen sukupolvi.....	293
8.4 Sota ja lasten terveys.....	295
8.5 Lasten terveydenhuollon globaali episteeminen yhteisö	296
8.6 Lasten terveysneuvonnan perintö Suomessa	297
9 Lähteet ja kirjallisuus	300
LIITTEET.....	326

LYHENTEET

HKA	Helsingin kaupunginarkisto
IRO	International Refugee Organization
JyMA	Jyväskylän maakunta-arkisto
KA	Kansallisarkisto
KB	Kansallisbiografia
LH	Lääkintöhallitus
LKHV	Lääkintöhallituksen arkisto V
MMA	Mikkelin maakunta-arkisto
SH	Suomen Huolto
SHTMK	Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunta
SIH	Svenska Kommittén för Internationell Hjälpverksamhet
SM	Sisäministeriö
SPA	Sortavalan piirilääkärin arkisto
SPR	Suomen Punainen Risti
UAM	Ulkoasianministeriön arkisto
UAT	Ulkomaisen avun toimikunta
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNRRA	The United Nations Relief and Rehabilitation Administration
WHO	World Health Organization
al vk	Aluelääkäreiden vuosikertomukset
kl vk	Kunnanlääkärien vuosikertomukset
pl vk	Piirilääkärien vuosikertomukset
th vk	Terveydenhoitajien vuosikertomukset

TIIVISTELMÄ

Lääketieteen sosiaalihistoriaan lukeutuvan väitöskirjani tutkimustehtävänä on analysoida, millä tavalla yhteiskunnan ja lääketieteellisen tiedon muutokset ovat vaikuttaneet lasten terveysneuvonnan eli lastenneuvoloiden tehtävämäärittelyyn, organisaatioon ja käytännön toimintaan 1900-luvun alusta 1950-luvun puoliväliin. Tarkastelen prosessia terveydenhuollon asiantuntijuusnäkökulmasta hyödyntämällä Peter Haasin kehittämää käsitettä episteeminen yhteisö, jolla tarkoitetaan aatteellisesti ja yhteiskuntapoliittisesti aktiivista asiantuntijaverkostoa. Olen jakanut tutkimuskysymykseni kolmeen osaan: ideologiseen, institutionaaliseen ja käytännön tasoon, mikä mahdollistaa tasojen keskinäisen vuorovaikutuksen analyysin pitkällä aikavälillä. Tarkastelen tutkimusaineistoani pääosin laadullisin menetelmin aineistolähtöisesti, mutta hyödynnän mahdollisuuksien mukaan myös tilastoaineistoja. Valtaosa tutkimusaineistosta koostuu terveydenhuollon asiantuntijoiden tuottamista teksteistä.

Lasten terveysneuvonnan alkutaivalta käsittelevässä, vuoteen 1939 päättyvässä osassa tarkastelen positiivisen eugeniikan ideologiaan pohjautuvan neuvontatoiminnan rakentumista lastensuojeluliikkeessä, jonka yhteyteen lasten terveydenhoidon episteeminen yhteisö kehittyi. 1930-luvun loppupuolella väestöpoliittiset ja kansanterveydelliset kysymykset nousivat ajankohitaiseksi valtiollisessa politiikassa, samoin maaseudun jälkeenjäänyt asema. Äitiys- ja lastenhuollon sekä tuberkuloosihuollon asiantuntijayhteisöt kokosivat voimansa kansanterveysaatteen piiriin.

Toinen sotavuosiin sijoittuva kokonaisuus tarkastelee sotakriisin aiheuttamia muutoksia lasten terveydenhuollossa ja väestön lisääntymiseen tähtäävän ideologian nousua. Mittavia kansainvälisiä avustuksia hallinnoinut Suomen Huolto ja sen asiantuntijaelin Terveystoimitus saattoivat kansalaisjärjestöjä apunaan käyttäen kehittää uusia lastenhuollon toimintamuotoja, kuten kiertäviä lastenneuvoloita ja lasten sairastupia. Voimakkaiden pronatalististen ja puolustuspoliittisten argumenttien ajamina äitiys- ja lastenneuvoloista tuli lakisääteisiä vuonna 1944. Lääkärien toimintakertomusten perusteella lasten terveys pysyi sota-aikana pääosin hyvänä. Sodan aikaisia käytäntöjä ja kriisiajan suomia uusia toimintamahdollisuuksia tarkastellaan paikallisesti Sortavalan piirilääkäripiirissä, jossa kansanterveys-työtä rakennettiin suunnitteilla olevan lainsäädännön periaattein.

Kolmas osa painottuu jälleenrakennusvuosien perhepolitiikan aikakauteen. Kansainvälisten lahjoitusten avulla rakennettiin terveystaloverkosto, ja lastenneuvoloista tuli oleellinen osaa perusterveydenhuoltoon. 1950-luvulla uuden rokotuslain myötä kehitettiin vapaaehtoinen, kattavuudeltaan laaja kansallinen rokotusohjelma. Suomalaiset kansanterveyden asiantuntijat löysivät uusia tehtäviä kansainvälisissä järjestöissä, etenkin WHO:ssa, Maailman Terveysjärjestössä, josta tuli johtava lasten terveydenhuollon episteemisen yhteisön keskus.

ABSTRACT

The Finnish laws on maternal and child health care came into force in 1944, during the last months of WWII. During the war, resources had been allocated specifically to child welfare, which resulted in record-low infant mortality rates in 1943. These seemingly controversial facts formed the starting point for my doctoral thesis on the history of preventive child health care in Finland. In my research I analyzed, how changes in the society and in medical knowledge have influenced the ideology, organization and practices of preventive child health care in the early to mid-twentieth century. I have approached the process by examining child health experts as an epistemic community, a concept coined by Peter Haas, which refers to transnational networks of knowledge-based, policy-oriented experts. In addressing my research questions, I have relied on content analysis and, where possible, also statistical data. The research material consists mainly of texts produced by health professionals.

The thesis is divided into three parts. The first part ends in 1939, which marks the beginning of the Finno-Soviet Winter War, and follows the ideological and institutional development of preventive child health care in Finland. The prevailing ideology was primarily based on positive eugenics: on raising strong and healthy children for the newly independent nation. International contacts included Germany via pediatrician Arvo Ylppö, and the Anglo-Saxon world, via public health nurses. Practical work was conducted mainly by child welfare organizations. By the end of the 1930s, population questions and problems in public health were activated in national politics, where special emphasis was put on the rural communities lagging in development. Public health experts joined forces to promote publicly funded preventive health care for mothers and children.

The second part is set in the years of WWII, and it examines the changes in child health care catalyzed by the evacuations and high infant mortality during the Winter War. Finland received extensive international aid, which was targeted mainly at the health care of evacuated mothers and children. The aid agency Finnish Relief and its expert-run Health Committee could develop new forms of child health and welfare, e.g. ambulatory health clinics and cottage hospitals for children, in cooperation with existing non-governmental organizations. Spurred on by powerful pronatalist and defense-related arguments, the laws on maternal and child health clinics were enacted in 1944. Based on the annual reports of district physicians, the health of children remained good from 1941 onwards, due to the focus on the welfare of children. However, 75,000 children from the most vulnerable families had been sent to Sweden. The practices and possibilities of public health care are discussed in a local case study of the Sortavala region in Karelia, where many health reforms were applied in advance.

The last section extends to the mid-fifties and focuses on the post-war reconstruction efforts. Again, with the help of international aid agencies, a

network of health centers, including maternal and child health clinics, was built to serve as basic health care units in the rural areas. By the mid-fifties, practically all pre-school children were enrolled at the clinics. The Finnish child health experts found new tasks in the World Health Organization, the new center of the global epistemic community of child health.

1 Johdanto

Jatkosodan loppuvaiheessa, heinäkuussa 1944, astuivat Suomessa voimaan niin kutsutut kansanterveyslait, joiden seurauksena äitiys- ja lastenneuvolat tulivat lakisääteisiksi. Kaikkiin kuntiin oli perustettava kunnan ja valtion rahoittamina ilmainen äitiys- ja lastenneuvola, johon oli palkattava sekä kättilö että terveyssisar. Sotavuosina lastenhuoltoon oli jo alettu kohdentaa resursseja, mikä johti vuoden 1943 ennätyksellisen matalaan imeväiskuolleisuuteen. Jälleenrakennusajan niukkuudesta huolimatta neuvolaverkosto saatiin pystytettyä rauhan tultua nopeasti. 1950-luvun puoliväliin mennessä lähes kaikki alle seitsemänvuotiaat lapset oli kirjattu neuvolajärjestelmän piiriin.

Lastenneuvoloita koskeva lainsäädäntö oli kuitenkin päätepiste prosessissa, joka oli seurausta pitkästä, usean vuosisadan pituisesta muutoksesta lapsen asemassa. Lasten arvostuksen kohoaminen ja heidän erityislaatusatunnustaminen olivat perusedellytyksiä lasten terveydenhuollon ja neuvonnan kehittymiselle. Käsitys lapsuudesta alkoi muuttua hitaasti 1700-luvulta alkaen. Lapsuus ikään kuin löydettiin ja se alettiin nähdä erillään aikuisuudesta, viattomuuden ja epäitsenäisyyden kautena. Tämä romanttinen, keskiluokasta lähtöisin oleva käsitys ilmeni 1830-luvulla alkaneessa filantrooppisessa tai lasten pelastusliikkeessä (*child saving*), jonka tavoitteena oli ”pelastaa lapsille lapsuus” erilaisilla lastensuojelutoimilla. Perustettiin muiden muassa lastenkoteja ja lastentarhoja, joiden työntekijät olivat usein vapaaehtoisia keskiluokkaisia naisia. Vähitellen alkoi vahvistua käsitys siitä, että toiminnan olisi oltava julkisesti ohjattua ja rahoitettua, sillä filantropian usein puutteelliset resurssit vaikeuttivat työn laajentumista ja kehittymistä. Valtio alkoi enenevässä määrin kiinnostua lapsistaan, jotka nähtiin tulevinä kansalaisina, työntekijöinä, äiteinä ja isinä sekä myös sotilaina. Lasten pelastaminen ja kunnioittaminen tulivat modernin valtion politiikan keskiöön. Näin lapsuus siirtyi perheen piiristä julkisuuteen.¹ Lapsen aseman muuttuminen alkoi heijastua lainsäädännössä: oppivelvollisuus yleistyi 1800-luvulla, ja lasten työssäkäyntiin kohdistui yhä enemmän rajoituksia. Valtion mielenkiinto suuntautui ensisijaisesti kouluikäisiin lapsiin, sen sijaan pikkulapset siirtyivät selvästi myöhemmin yhteiskunnan suojelun ja samalla myös kontrollin alaisiksi.²

Alle kouluikäisiin lapsiin ja imeväisiin kohdistuneet suojelutoimet ja terveysneuvonta lisääntyivät 1900-luvun alussa teollistuneissa maissa. Taustalla vaikuttivat imeväiskuolleisuuden nousu kaupungeissa, syntyvyyden lasku, degeneraation pelko ja esimerkiksi Iso-Britanniassa asevelvollisten miesten huono terveys.³ Ruotsalaisen feministin Ellen Keyn julkaiseman teoksen mu-

¹ Cunningham 1995, 5–17, 134–137; Stearns 2006, 54–72; Heywood 2009, 42–46.

² Seip 1987; lasten työnteosta kts. Rahikainen 2004.

³ *Women and Children First* 1992; Dwork 1987.

kaan 1900-lukua alettiin yleisesti kutsua ”lapsen vuosisadaksi”.⁴ Suomessa ensimmäinen lastenneuvola perustettiin vuonna 1904 filantrooppisen Maipisara-yhdistyksen toimesta.

Lasten terveysneuvonta alettiin maailmansotien välillä yleisesti ymmärtää terveydenhuollon osaksi, jonka tuli kohdistua kaikkiin lapsiin. Bakteriologian kehittymisen myötä infektioita voitiin torjua uusilla rokotteilla ja seerumeilla, jotka alkoivat yleistyä 1930-luvulla. Jos terveysneuvontaan sisällytettiin myös varhaislapsuuden suojarokotuksia, oli järjestelmän oltava kattava, jotta väestön rokotussuoja saataisiin tarpeeksi korkeaksi.⁵ 1900-luvun puolivälissä lapset alkoivat olla jo yleisesti valtion erityisessä suojelussa, sillä useimmissa teollisuusmaissa heidän erityistarpeensa terveydenhuollon alalla oli huomioitu.⁶

1.1 Mitä on lasten terveysneuvonta?

Väitöskirjani aiheena on lasten tervysneuvonnan historia Suomessa vuosisadan vaihteesta 1950-luvun puoliväliin saakka, jolloin lastenneuvolat olivat vakiintuneet Suomessa osaksi perusterveydenhuoltoa.⁷ Suomen lastenneuvoista ei Suomessa aikaisemmin ole ilmestynyt erillistä tutkimusta.

Imeväisten ja pikkulasten terveysneuvonta eli lastenneuvolatoiminta luokitellaan nykyään ehkäiseväksi terveydenhuolloksi, jossa lasten kasvua ja kehitystä seurataan säännöllisesti syntymästä koulun alkuun saakka. Terveysneuvontaan kuuluu olennaisena osana vanhempien opastaminen lapsen ravitsemuksessa, hoidossa ja hygieenisissä käytännöissä, imetykseen kannustaminen, terveysongelmien varhainen havaitseminen sekä varhaislapsuuden vitamiinilisät ja rokotukset. Neuvonta on ollut tuloksellista ja tehokasta, sillä pienillä toimenpiteillä on voitu parantaa lasten terveyttä ja vähentää heidän kuolleisuuttaan. Lasten terveysneuvonnan käytännöt vaihtelevat maasta toiseen ja ovat riippuvaisia kunkin maan terveydenhuoltojärjestelmästä. Lasten terveyden edistäminen on vahvasti priorisoitu Maailman terveysjärjestön toiminnassa: Yhdistyneiden Kansakuntien vuosituhattavoitteena vuosien 1990 ja 2015 välillä on ollut vähentää alle viisivuotiaiden lasten kuolleisuutta 2/3:lla.⁸

⁴ Key 1900. Keyn utopiassa moraali olisi täydellinen lasten oikeuksien toteutuessa. Lapset syntyisivät perheeseen, jossa vanhemmat olisivat terveitä ja rakastaisivat toisiaan, ja jossa äidit olisivat aina kotona. Äidin tehtävänä olisi kasvattaa lapset ja tähän tehtävään naisten olisi valmistauduttava koulutuksen kautta. Lasten kasvatuksen kautta kaikki paha häviäisi maailmasta. Cunningham 1995, 163.

⁵ Laumasuoja rokotamisessa (engl. *herd* tai *community immunity*) edellyttää tiettyjen tartuntatautiin, kuten esimerkiksi tuhkarokon kohdalla jopa 95 %:n rokotuskattavuutta, jotta tauti ei pääsisi leviämään. Davidkin et al. 2010; CDC, glossary: community immunity. Verkkolähde.

⁶ Pulma 1987; Andresen et al. 2011; Stearns 2006.

⁷ Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja erilaisia palveluita. Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja viittaa terveydellisten näkökohtien huomioimiseen yhteiskunnan toiminnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveyspalvelut. Verkkolähde. Kansanterveys-käsitteen kehittämisestä kts. luku 3.

⁸ WHO child health. Verkkolähde; Unicef vuosituhattavoitteet. Verkkolähde.

Imeväiskuolleisuuden alentaminen oli kaikissa teollistuvissa maissa aktiivisen huomion kohteena 1800-luvun loppupuolelta lähtien. Käytännön ratkaisut olivat sidoksissa kunkin maan poliittisiin perinteisiin, kulttuuriin sekä naisten ja lasten asemaan. Muuttuvat yhteiskunnalliset ideologiat, lääketieteellisen tietämyksen lisääntyminen ja vakavat kriisit muovasivat niitä argumentteja, joilla neuvontaa eri maissa perusteltiin. Samalla muuttuivat myös käsitykset siitä, minkä yhteiskuntaryhmien katsottiin erityisesti tarvitsevan opastusta lastenhoidossa ja miksi. Marjaana Niemi on Birminghamin ja Göteborgin terveyspolitiikkaa vertaillen korostanut, että samoilla tieteellisillä löydöksillä perusteltiin aivan erilaisia imeväiskuolleisuuden alentamiseen pyrkiviä käytännön toimenpiteitä. Viranomaiset ja asiantuntijat valikoivat ja muokkasivat tieteellistä tietoa omiin tarkoituksiinsa sekä taloudelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseen sopivaksi.⁹ Tärkeitä olivat kysymykset siitä, käsitettiinkö toiminta hyväntekeväisyydeksi, köyhäinhoidoksi vai kansalaisoikeudeksi. Keskusteltiin myös siitä, annettaisiinko terveysneuvonta lääkärin, terveyssisarten vai kättilöiden vastuulle. Pohdittiin, kuka vastaisi kustannuksista: perheet, kansalaisjärjestöt vai valtio.¹⁰ Tutkimallani aikakaudella neuvontatyö luokiteltiin esimerkiksi lääkärin vuosikertomuksissa järjestöjen harjoittamaan terveydenhoitoon.¹¹

Suomessa lasten terveysneuvonta on saanut alkunsa lastensuojelun piiristä. Helsinkiin vuonna 1904 perustetun ensimmäisen Maitopisara-aseman asiakkaat olivat Kallion kaupunginosan köyhälistöä, usein yksinäisiä äitejä, joiden lasten katsottiin tarvitsevan erityistä suojelua. Vielä sotienvälisinä vuosina lastenneuvoloiden tärkeänä kohderyhmänä olivat ”ongelmalliset” perheet, joiden katsottiin olevan vaarassa ja joiden huoltoa ja kasvatusta oli kontrolloitava. Esimerkiksi Helsingissä lastenneuvolat toimivat 1920-luvulta lähtien lastensuojelulautakunnan alaisina. Kun neuvonnan kohteeksi uuden lainsäädännön myötä tuli koko ikäluokka, lastenneuvolat siirrettiin vuonna 1945 terveyslautakunnan vastuulle.¹²

Lastenneuvola-nimike ilmaantui suomen kieleen 1930-luvulla ja vakiintui yleiseen käyttöön toisen maailmansodan aikana. Aikaisemmin puhuttiin

⁹ Rollet 1997; Niemi 2007.

¹⁰ Vuonna 1997 ilmestyneessä artikkelikokoelmassa *Infant and Child Mortality in the Past* lähestytään eri näkökulmista imeväiskuolleisuuteen liitettyjä näkökantoja ja toimintatapoja.

¹¹ Ehkäisevästä terveydenhuollosta käytettiin usein termiä hygieniä, eli ehkäisevä terveydenhoito-oppi. Lastenneuvonta luettiin täten yksilökohtaiseen hygieniaan, jota edistettiin valistuksella. Terveystieteiden huollon käsitteistön muuttumisesta kts. Harjula 2007.

¹² Helsingin lastenneuvoloista kts. Riihola 2010. Vuonna 1937 voimaantulleen lastensuojelulain 8. pykälässä määriteltiin lapset, jotka ovat erityisen suojelun tarpeessa. Kohdassa c) mainittiin vanhemmat, jotka eivät ”sairauden, ymmärtämättömyyden, juoppouden tai muiden sellaisten syiden tai olosuhteiden takia anna hänelle tarpeellista hoitoa ja kasvatusta eikä siitä muutenkaan ole huolta pidetty”. *Lapsi ja nuoris*-lehden ensimmäisessä numerossa vuonna 1938 määriteltiin lastensuojeluun kuuluvaksi myös ”avoin imeväisten huolto” ja ”pikkulasten (2–7v.) huolto” eli käytännössä lastenneuvolatoiminta. Lastensuojelulaki 52/1936; *Lapsi ja nuoris*, 1/1938, 1–4.

Lasten terveysneuvonta on toki edelleen tärkeä osa lastensuojelua. Vuonna 2007 voimaantulleessa lastensuojelulaissa määritellään lain tarkoituksiksi ”turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun”. Lastensuojelulaki 417/2007, 1.

pienienlastenhoidon neuvonta-asemista, pikkulasten huoltoloista, pikkulasten huoltola-laitoksista tai lastenhoidon neuvonnasta. Monissa kielissä lastensuojelu on yleisnimitys, joka sisältää myös lasten terveysneuvonnan.¹³ Olen päättänyt käyttämään nykykäsitettä *lasten terveysneuvonta* kirjoittaessani lasten ehkäisevästä terveydenhuollosta yleisessä merkityksessä. *Lastenneuvola* taas on se paikka, jossa lasten terveysneuvontaa annetaan.¹⁴

Terveysneuvonnan yleistä kehitystä voidaan kuvata käsitteellä *medikalisaatio*, jolla tarkoitetaan hieman yksinkertaistaen lääketieteen ja lääkärin-toimen kasvavaa merkitystä länsimaaisissa yhteiskunnissa.¹⁵ Medikalisaation ”ensimmäinen aalto”, lasten fyysisen terveyden tarkkailu kouluterveydenhuollossa ja lastenneuvoloissa, käynnistyi 1900-luvun alkuvuosikymmeninä. Toinen aalto, lapsen henkisen terveyden seuraaminen ja kontrolli kasvatusneuvoloissa (*child guidance clinics*), osui toisen maailmansodan jälkeiseen aikaan.¹⁶

Suomessa 1950-luvulla yleistyneet kasvatusneuvolat ovat aina toimineet erillään lastenneuvoloista. Tästä syystä olen työssäni rajannut kasvatusneuvolat tarkasteluni ulkopuolelle.¹⁷ Keskityn työssäni pääasiallisesti lasten terveysneuvontaan, vaikka tutkimuskirjallisuudessa äitiys- ja lastenhuolto usein liitetään toisiinsa.¹⁸ Suomessa äitiyshuollon ja lastenneuvoloiden tarinat poikkeavat kuitenkin toisistaan, sillä ammatillinen synnytysapu ja äitiyshuolto on aina mielletty osaksi terveydenhuoltoa. Kätilökoulutuksella on pitkät, jo 1700-luvulle ulottuvat perinteet; vuodesta 1920 lähtien kunnat velvoitettiin palkkaamaan kätilö valtionavun turvin. Lastenneuvolat ovat saaneet alkunsa filantropiasta ja lastensuojelusta, ja ne ovat yleensä olleet käyttäjilleen vapaaehtoisia. Sen sijaan äitiysavustuksen saannin sitominen kätilön suorittamaan äitiysneuvontaan vuodesta 1938 alkaen merkitsi äitiyshuollon tekemistä käytännössä pakolliseksi.¹⁹

¹³ Englannin kielessä käytetään ilmaisua *child welfare* usein yhdistäen äiteihin, eli *maternal and child welfare*. Tällöin lastenneuvola on *child welfare clinic*. Yhdysvalloissa termi *well-baby clinic* on yleisesti käytössä. Saksan kielessä *Kinderfürsorge* viittaa lastensuojeluun, ja lastenneuvola on nimeltään *Beratungsstelle*. Ruotsiksi lastenneuvola on *barnavårdscentral* (Ruotsi) tai *barnrådgivningsbyrå* (Suomi).

¹⁴ Nykyään terveysneuvonnan käsite on entisestään laajentunut kokonaisvaltaiseksi lasten hyvinvointia tukevaksi toiminnaksi. ”Terveysneuvonnalla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa, jossa lasten ja heidän kehitysympäristöjensä hyvinvointia tuetaan suunnitelmallisella terveyslähtöisellä vuorovaikutuksella ja viestinnällä yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla.” Asetus neuvolatoiminnasta..., työryhmän muistio 2008:37, 51. Verkkoinfo.

¹⁵ Käsite on yleisessä käytössä erityisesti Ranskassa ja Alankomaissa. Zola 1972, 487–504. Käsitteen isä Irving Zola kuvaili vuonna 1972 ilmestyneessä artikkelissa lääketieteen ulottumista uusille alueille, joita ei aikaisemmin ole pidetty lääketieteellisinä kysymyksinä. Näin esimerkiksi ylipainosta tai unettomuudesta oli tullut diagnooseja. Kts. myös Niiniluoto 2003; Mustajoki, 2003; Alankomaat: Bakker 1992; Ranska: Morel 1991.

¹⁶ Bakker 2007.

¹⁷ Kasvatusneuvoloiden historiasta kts. Jyrinki 2014; Taskinen. Verkkolähde.

¹⁸ Anglosaksisessa kirjallisuudessa käytetään ilmaisua *maternal and infant welfare*.

¹⁹ Varhainen kätilötoiminta kts. Vainio-Korhonen 2012; Laki kätilöiden asettamista maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 18/1920. Vuodesta 1938 lähtien kätilöitä velvoitettiin antamaan äitiysneuvontaa. Suomessa vastasyntynyt siirtyi äitiyshuollon puolelta lastenneuvolaan kahden viikon kuluttua syntymästä. Äitiys- ja lastenneuvolan ohjesääntö 1941. Kiertokirje No 732, LKHV, KA; Suomen äitiyshuollon historiaa, kts. Wrede 2001.

1.2 Lasten terveydenhuolto historian tutkimuksen kohteena

Lapsi- ja imeväiskuolleisuuden nopea lasku on luettava nyky-yhteiskunnan merkittävimpiin muutoksiin. Se on ollut sidoksissa moniin yhteiskunnallisiin tapahtumiin ja kehityskulkuihin, ja siksi historiankirjoituksessa lasten terveyden- ja sairaanhoitoa, kuolleisuuden laskua ja terveysneuvontaa on lähestytty useasta eri näkökulmasta käsin. Tutkimuskirjallisuutta on tavattoman paljon. Puhtaasti lääketieteelliseltä kannalta ei lasten terveysneuvonnan historiasta ole julkaistu tutkimuksia. Sen sijaan tautihistoriasta²⁰, kulkutaudeista²¹, rokotteista²² ja antibiooteista²³ on saatavilla runsaasti tutkimuskirjallisuutta, jota olen hyödyntänyt työni lääketieteellisessä osuudessa. Suomessa lastenneuvoloita on sivuttu äitiysneuvontaan²⁴ ja terveyssisariin liittyvässä tutkimuskirjallisuudessa²⁵, lastensuojelun järjestöhistorioissa²⁶ ja elämäkerroissa²⁷.

Lääketieteen historiankirjoituksen traditiota kuvattaessa on Pohjoismaisissa yleisimmin käytetty ruotsalaisen aatehistorioitsija Karen Johannissonin esittämää kolmivaiheista jakoa. Ensimmäinen vaihe on traditionaalinen, lääketieteellisiin keksintöihin ja lääkäreihin usein ihannoivasti lähestyvä suurmieshistoria. Toinen on sosiaalinen lääketieteen historia, jossa näkökulma on kokemuksellinen ja potilaslähtöinen. Kolmatta, 1960-luvulla kehittyntä vaihetta motivoi poleeminen ja kriittinen asenne terveydenhoitoa kohtaan.²⁸

Perinteinen, 1800-luvun jälkipuoliskolla alkanut historiankirjoituksen suuntaus, oli yhteydessä vakaaseen uskoon lääketieteen ja yleensä tieteen mahdollisuuksiin. Toisen maailmansodan jälkeiset lääketieteen nopeat edistysaskeleet heijastuivat historiankirjoitukseen edistysuskoisena optimismina. Malliesimerkkinä voi pitää George Rosenin vuonna 1958 ilmestynyttä teosta *History of Public Health*.²⁹ Suomessa lasten terveydenhuollon ikoniseksi kehittäjäksi on nostettu lastentautien professori Arvo Ylppö, josta on kirjoitettu useita elämäkertoja.³⁰ Sankareiksi ovat päässeet myös terveyssisaret, jotka joutuivat tekemään valistustyötään vaativissa oloissa.³¹ Useita Suomessa julkaistuja lastensuojelujärjestöjen historiikkeja voi myös luonnehtia traditionaaliseen historiankirjoitukseen kuuluviksi.³² Perinteisestä historian tutki-

²⁰ Esim. Vuorinen 2010.

²¹ McNeill 2004 [1976].

²² Plotkin et al. 2013.

²³ Greenwood 2008.

²⁴ Wrede 2001, 2003.

²⁵ Siivola 1985; Punto 1991; Hilli 2007; Yrjälä 2005; Huhtela 2009.

²⁶ Mannerheimin lastensuojeluliitto: Korppi-Tommola 1990; Folkhälsan: Steinby 1998; Lastensuojelun Keskusliitto: Pulma & Turpeinen 1987 ja Paavilainen 2012.

²⁷ Erityisesti Arvo Ylppö, lastentautien professori. Ylppö 1964; Numminen 1987.

²⁸ Johannisson 1990; Mikkeli 1998, 13–15.

²⁹ Rosen 1958; Johannisson 1990, 13–14; Waddington 2011, 3–5; Mikkeli 1998, 11.

³⁰ Esim. Ylppö 1964; Numminen 1987. Ylpöstä kts. luku 2.

³¹ Siivola 1985; Punto 1991; Hilli 2007.

³² Korppi-Tommola 1990; Steinby 1996; myös Turpeinen 1987.

muksesta olen työssäni ammentanut asiatietoja suomalaisen lastensuojelun, terveydenhuollon instituutioiden ja lasten terveydenhuollon käytännöistä.

1960-luvulla alkunsa saanut kriittinen suuntaus analysoi lääketieteen rajallisia mahdollisuuksia ja terveydenhuollon kytkentöjä yhteiskunnallisen vallan käyttöön. Toista maailmansotaa seuranneen lääketieteen nopean kehitysvaiheen jälkeen alkoi selvitä, ettei maailmanlaajuisia terveysongelmia pystyttykään ratkaisemaan, minkä seurauksena lääketieteellisen tiedon ja terveydenhuollon vaikutusta väestöllisiin ja yhteiskunnallisiin muutoksiin alettiin kyseenalaistaa. Thomas McKeown esitti teesinsä, jonka mukaan terveydenhuollon interventioilla oli vähäinen merkitys 1800-luvun kuolleisuuden laskuun. Selitys löytyi sen sijaan elintason noususta ja parantuneesta ravitsemuksesta.³³ Käytännössä kaikki tutkimukset terveydenhuollon vaikuttavuudesta ovat joutuneet ottamaan kantaa McKeownin teesiin. Vaikka useat tutkijat ovat osoittaneet väitteet epätarkoiksi ja osin kumonnetkin ne, on kuitenkin selvää, että terveydenhuollon kehitys on ollut vain yksi niistä yhteiskunnallisista tekijöistä³⁴, joiden ansiosta kuolleisuus on laskenut ja väestön terveydentila on parantunut.³⁵

Vaikutusvaltaisen kriittisen suuntauksen edustajista oli Michel Foucault, joka analysoi lääketieteeseen liittyviä valtasuhteita yhtäältä valtioon, toisaalta potilaisiin päin. Hän kehitti käsitteen *biovalta* eli näkemyksen väestöstä elävänä organismina tai materiaalina, jonka elinvoiman vaaliminen oli yhteiskunnallisen terveydenhoidon päätehtävä. Valtio alkoi hallita väestöään biovaltaa käyttävän lääketieteen avulla enenevästi 1700-luvulta alkaen. Medikalisoinnin kautta potilaasta tuli lääketieteellisen hoidon tahdoton kohde, kun lääkäreiden vaikutusvalta lisääntyi heidän määrittäessään normaalin ja poikkeavan välistä rajapintaa.³⁶ Terveydenhuollon valtarakenteita analysoivalla historiallisen sosiologian suuntauksella on Suomessa vahva asema. Tutkimuksia on laadittu muun muassa terveydenhuollon professioista³⁷, äitiysneuvonnasta³⁸, tuberkuloosista³⁹, eugeniikasta⁴⁰ ja terveystaloustieteestä⁴¹. Olen tutkimuksessani saanut vaikutteita Michel Foucault'n kirjoituksista, jotka koskettavat lääkäreiden asemaa välittäjänä ja vallankäyttäjänä valtion ja yksilön välillä sekä normaalin ja poikkeavan määrittämisessä. En kuitenkaan ole ottanut valtakirjallista pää-näkökulmaksi.

1970–1990-luvuilla erityisesti anglosaksisessa maailmassa naistutkimus tuotti runsaasti kriittistä tutkimuskirjallisuutta äitiys- ja lastenhuollosta sekä

³³ McKeown 1976.

³⁴ Käsitteellä ”terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät” (*social determinants of health*) viitataan niihin yhteiskunnallisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat terveyteen. Tärkeimpiä ovat elintaso ja yhteiskunnallinen tasa-arvo, mutta myös koulutus on merkittävässä asemassa. Kts. esim. Marmot 2015.

³⁵ Szreter 1988; Harris 2004.

³⁶ Foucault 1994, 90–105, 134–156; Waddington 2011, 5–8.

³⁷ Kunnanlääkäreistä Vuolio 1991; terveydenhoitajista Yrjälä 2005, Hilli 2007; hoiva-alan ammasteista Henriksson 1998.

³⁸ Nätkin 1997; Wrede 2001.

³⁹ Jauho 2007.

⁴⁰ Meskus 2009.

⁴¹ Helén ja Jauho 2003.

siinä esiintyneistä yhteiskunnallisista, kulttuurisista ja valtarakenteista.⁴² Anna Davin vuonna 1978 ilmestynyt *Imperialism and Motherhood* oli ensimmäinen feministinen avaus aiheesta. Teoksessa analysoitiin valtion perimmäisiä väestöpoliittisia intressejä: imperiumin oli saatava lisää terveitä nuoria kansalaisia vahvistamaan valtakuntaa.⁴³ Jane Lewis tarkasteli teoksessaan *The Politics of Motherhood* väestöpolitiikkaa korostavia äitiys- ja lastenneuvonnan perusteita. Lääkärit ja hoitajat syyllistivät äitejä lasten huonosta hoidosta eivätkä huomioineet äitien köyhyyttä, liian tiheitä raskauksia ja suuria lapsilukuja. Lewis'n kritiikki kohdistui äitiys- ja lastenhuollon ”menestyskertomukseen”, jonka toimenpiteet eivät olleet hyväntahtoisia (*benevolent*).⁴⁴

Naistutkimuksen piirissä on myös herätetty epäilyjä terveysneuvonnan merkityksestä lasten kuolleisuuden alentajana. Mielenkiintoisimmat argumentit on mielestäni esittänyt uusi-seelantilainen Philippa Mein Smith, joka totesi neuvoloiden olleen reaktio urbanisaatioon ja syntyvyyden laskuun. Kuolleisuuden lasku alkoi kuitenkin jo aikaisemmin, eikä samanaikaisia tapahtumia, kuolleisuuden laskua ja terveysneuvonnan aloitusta voi asettaa kausaalisuhteeseen. Mein Smith painotti myös naisten koulutusta, joka paransi seuraavan sukupolven elinmahdollisuuksia äitien parempien taitojen ja suuremman autonomian avulla. Toisen maailmansodan aikana lastenneuvoloiden merkitys kasvoi naisten sosiaalisten verkostojen heikentyessä. Neuvoiloista saattoi kriisiaikana hakea sekä henkistä että aineellista tukea.⁴⁵

Kansanterveysalan tutkimuskirjallisuus, jossa lasten terveyden vaaliminen nähdään osana kansanterveystyötä, on ollut oman tutkimukseni kannalta hyödyllisintä. Sen keskeisenä tarkastelun kohteena ovat olleet terveydenhuollon instituutiot sekä julkisen vallan ja terveydenhuollon keskinäiset suhteet eri aikakausina.⁴⁶ Iso-Britanniassa *public health*-tutkimustraditio liittyy varhaiseen teollistumiseen ja kaupunkien sanitaatioon.⁴⁷ Toinen suuri kokonaisuus liittyy sotien ja terveyslainsäädännön väliseen yhteyteen.⁴⁸ Saksassa *Sozialhygiene*-tutkimustradition keskiössä ovat olleet keisarillisen ajan sairausvakuutusjärjestelmä, Weimarin tasavallan hyvinvointilainsäädäntö ja näiden mahdollinen jatkuvuus tai katkos kansallissosialistiseen Saksaan.⁴⁹ Molemmissa maissa julkisen vallan panostus äitiys- ja lastenhuoltoon on yhdistettävissä teollistumiseen 1800-luvun lopulla, alentuneeseen syntyvyyteen ja ensimmäiseen maailmansotaan. Toiseen maailmansotaan mennessä lasten terveysneuvonta oli jo julkisen terveydenhuoltojärjestelmän olennainen osa,

⁴² *In the name of child* 1992; *Women and Children First* 1992; Marks 1996.

⁴³ Davin 1978.

⁴⁴ Lewis 1980.

⁴⁵ Mein Smith 1993.

⁴⁶ Porter, D. 1994 ja 1999; Labisch 1985 ja 1992; Vallgård 2003; Vuori 1979; Harjula 2007; Niemi 2007.

⁴⁷ Esim. vesi- ja viemärijärjestelmä, kaupunkien yleinen hygienia. Porter, D. 1994; Szreter 1988, McKeown 1976.

⁴⁸ Winter 2003.

⁴⁹ Labisch 1985 ja 1992; Frevert 1985; Weindling 1989; Stöckel 1996 ja 2002.

joko kunnallisena toimintana, vakuutusjärjestelmän osana tai kansalaisjärjestöjen valtionavun turvin organisoimana.

Ruotsissa on ilmestynyt runsaasti terveystalitiikkaa sivuavia tutkimuksia, mahdollisesti siksi, että ruotsalainen kansankotitutkimus on ollut aktiivista.⁵⁰ Pohjoismaissa julkisen vallan tuki lastenhoidonneuvonnalle voidaan yhdistää 1930-luvun hyvinvointilainsäädäntöön, mikä osaltaan selittää sen, että lastenneuvolatoiminnasta ei ole olemassa erillistä historiantutkimusta.⁵¹

Suomessa kansanterveyttä ja terveystalitiikkaa on 2000-luvulla analysoitu useissa tutkimuksissa. Minna Harjula on teoksessaan *Terveyden jäljillä: suomalainen terveystalitiikka 1900-luvulla* jakanut harjoitetun terveystalitiikan painoalueet 1900-luvulta eteenpäin toisiinsa lomittuviin ajanjaksoihin. Vuosisadan vaihteeseen ajoittui hygienialiike, ja sotienvälinä vuosina ajankohtaisia olivat rotuhygienian aatteet, jotka lomittuivat jo ennen talvisotaa syntyvyyden lisäämiseen tähtäävään väestöpolitiikkaan. 1950-luvun loppupuolella siirryttiin terveystalvelupolitiikkaan.⁵² Vuonna 2015 ilmestyneessä tutkimuksessaan *Hoitoonpääsyn hierarkiat* hän analysoi suomalaista terveydenhoitojärjestelmää terveystalalaisuuden kautta. Näkökulma mahdollistaa tarkastelun, jossa yksilöt nähdään aktiivisina toimijoina, ei ainoastaan sosiaalisen kontrollin kohteina.⁵³ Yrjö Mattila on väitöskirjassaan selvittänyt Suomen terveydenhuollon kehityssuuntia 1800-luvulta nykyaikaan pääasiasa institutionalismin, polkuriippuvuuden ja funktionalismin teorioita hyväksi käyttäen. Tutkimuksen keskiössä ovat olleet instituutiot ja niiden vaikutus terveydenhuoltoon. Työ on keskittynyt 1960-luvun jälkeisen aikaan, jolloin tapahtui jakaantuminen kunnalliseen terveydenhoitojärjestelmään sekä sairausvakuutukseen ja työterveyshuoltoon.⁵⁴ Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon toimittamassa artikkelikokoelmassa *Kansalaisuus ja kansanterveys* valoteataan monipuolisesti terveydenhoidon merkitystä kansakunnan ja hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisessa sekä kansalaisuuden määrittämisessä 1900-luvun alkupuolella ja itsenäisyyden ensi vuosikymmeninä.⁵⁵

Läheisimmäksi oman tutkimukseni kannalta koen lääketieteen sosiaalhistorian tutkimussuuntauksen, jonka keskeisenä pohdinnan aiheena on lääketieteellisen tiedon ja yhteiskunnan välinen vuorovaikutus.⁵⁶ Alan anglosak-

⁵⁰ Esim. Palmblad 1990; Johannisson 1991; Milton 2001; Berg 2009.

⁵¹ Aihetta on kuitenkin sivuttu kansanterveyttä, filantropiaa ja imeväiskoulleisuutta käsittelevissä teoksissa. Esimerkiksi Weiner 1995; Løkke 1998; Vallgård 2003; Schiøtz 2003; Berg 2009; Garðarsdóttir 2002; *Charitable women – philanthropic welfare 1780–1930*, 1998.

⁵² Harjula 2007, 35.

⁵³ Harjula 2015, 18.

⁵⁴ Mattila 2011. Tähän selventävä lause?

⁵⁵ Helén ja Jauho 2003. Varsinaista Suomen kansanterveystyön historiaa ei ole kirjoitettu, kts. kuitenkin Kaprio 1990.

⁵⁶ Lääketieteen sosiaalhistoria ei ole vakiintunut käsite suomen kielessä. Olen päättynyt tähän käsitteeseen mukailamalla Hannu Vuoren teoksen otsikkoa *Lääketieteen historia: sosiaalhistoriallinen näkökulma* vuodelta 1979. Se on myös suora käännös englantilaisesta termistä *social history of medicine*. Heikki S. Vuorinen käyttää ilmaisua lääketieteellinen historia (*medical history*), joka sisältää lääketieteen oppihistorian lisäksi myös ”terveyden ja sairauden, terveydenhuollon ja parannusta hakevien potilaiden historian sekä näiden vuorovaikutuksen ja kytkeytymisen ympäristön ja yhteiskuntien muutoksiin.” Vuorinen 2010, 12.

sinen pääjulkaisu on *Social History of Medicine*, joka ensimmäisen numeronsa pääkirjoituksessa vuonna 1988 totesi tutkimusalan yhdistävän lääketieteen ja sosiaalishistorian tutkimustraditiot ja ottavan vaikutteita myös muiden muassa sosiologiasta, väestötieteestä, antropologiasta, kansatieteestä ja folkloristiikasta.⁵⁷ Alalla on erilaisia suuntauksia: makrotason kvantitatiivinen lähestymistapa, kansanterveys ja terveystaloudellinen, sairauksien kuten tuberkuloosin ja mielisairauksien sosiaalishistoria, aatehistoria ja myös kokemusellinen *history from below*, mikrotason potilaiden näkökulma. Tärkeä tutkimusala on myös ollut terveydenhuoltoalan ammattien kehittyminen ja asema.⁵⁸ Lasten terveysneuvonta – lääketieteellisen tiedon sekä yhteiskunnallisten ja kulttuuristen muutosten keskinäisen vuorovaikutuksen analyysi – on lääketieteen sosiaalishistorian ydinaluetta.

1.3 Teoreettisia näkökulmia

Väitöskirjani tutkimusote on pitkälti empiirinen ja arkistoaineistoihin perustuva, mutta aiheeseen liittyvä teoreettinen viitekehys on ollut apuna tutkimustehtävän hahmottamisessa. Se on antanut näkökulman ympäröivään todellisuuteen ja tarjonnut käsitteitä, jotka toimivat työkaluina aineistoni analyysissa.⁵⁹ Lasten terveysneuvonnan kehittyminen on monitahoinen yhteiskunnallinen ilmiö, jonka tarkastelu vaatii useita, seuraavaksi esiteltäviä lähestymistapoja.

Asiantuntijuus – episteeminen yhteisö

Olen päättänyt tarkastelemaan lastenneuvoloiden syntyä ja kehitysprosessia lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisön näkökulmasta, joka mahdollistaa tutkimustehtävän tarkastelemisen monipuolisesti usealla tasolla, useita metodeja ja aineistoja hyödyntäen. Korkean imeväisikäisyyden muodostaman ongelman tiedostaminen, ratkaisujen kehittäminen ja työn käytännön järjestäminen on pääsääntöisesti toteutunut yhteiskunnan ylärakenteista käsin asiantuntijoiden aloitteesta ja myötävaikutuksella.⁶⁰ Näkökulma antaa mahdollisuuden tarkastella asiantuntijoiden kansainvälisiä ideologisia vaikutteita, kytköksiä ja verkostoja, jotka olivat Suomessa kehittyneitä jo 1800-luvulla.⁶¹

Määrittelen asiantuntijayhteisön koostuvaksi terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneista henkilöistä, jotka osallistuivat lasten terveysneuvonnan

⁵⁷ Bryder and Smith 1988; Porter, D. 1999.

⁵⁸ Weindling 1989; Johannisson 1990.

⁵⁹ Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006. Verkkolähde.

⁶⁰ Tätä lähestymistapaa on käyttänyt myös tanskalainen Anne Løkke väitöskirjassaan *Døden i barndommen* ja ruotsalainen Annika Berg väitöskirjassaan *Den gränslösa hälsan: Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen*. Rollet 1997, 38; Niemi 2007; Lundqvist & Petersen 2010, 10. Løkke 1998; Berg 2009.

⁶¹ Kettunen 2001; Hietala 1999.

suunnittelutyöhön ja käytännön toteutukseen. Yhteisöä sitoi asiantuntijuuden lisäksi yhteinen päämäärä: lasten terveyden edistäminen ja kuolleisuuden vähentäminen.

Asiantuntijatiedolla on ollut merkittävä asema yhteiskunnallisten kysymysten muotoilussa ja ratkaisuissa Pohjoismaiden modernisaatiossa ja hyvinvointiyhteiskuntien kehittämisessä jo yli vuosisadan ajan.⁶² Käsitän modernisaation valistuksen aikakaudesta lähtöisin olevaksi järjen ja tieteen ihannoinniksi, jota leimaavat edistysusko, yksilön merkityksen korostaminen ja maallistuminen. Tieteen ja rationaalisuuden ihannointiin liittyy myös usko asiantuntijoihin.⁶³

Lasten terveysneuvonta oli Suomessa osa modernin projektia. Se merkitsi uusien rationaalisten ja tieteellisesti perusteltujen lastenhoitomenetelmien omaksumista. Se edellytti äideiltä ja isiltä myös irtiottoa perinteistä sekä vanhempien sukupolvien auktoriteetista ja käytännöistä, mikä onnistui paremmin kaupunkiolosuhteissa kuin maaseudulla. Modernin synonyyminä tai rinnakkaiskäsitteenä oli sivistys, jota viljeltiin runsaasti vertailussa muihin maihin tai ”sivistyskansoihin”. Sivistyneisyyteen liittyi valmius omaksua uutta, alan asiantuntijoiden tarjoamaa tieteellistä tietoa. Suomen kansan 1800-luvulla aloitettu sivistämishanke jatkui tutkimuskaudella voimakkaana. Tärkein kohde oli maaseutu, jossa vanhat traditiot istuivat vahvasti ja jossa koululaitos oli vielä nuori. Perinteitä murrettiin valistuksella, jota jaettiin laajalla rintamalla kansan- ja työväenopistoissa, esitelmätilaisuuksien ja valistuslehtisten kautta, lehdistössä ja 1930-luvulta lähtien radiossa.⁶⁴ Vuonna 1889 perustettu *Terveystiedonlehti* jakoi terveys- ja hygieniavalistusta avainryhmille: kansakoulunopettajille ja kansalaisjärjestöjen aktiiveille.⁶⁵

Luottamus tieteelliseen tietoon ja asiantuntijuuteen on siis yksi modernin maailman merkittäviä ominaisuuksia. Mutta miten asiantuntijuus määritellään? Käsitettä käytetään yllättävän löyhästi. Asiantuntija voidaan yksinkertaisesti määritellä henkilöksi, joka tietää mistä puhuu. Asiantuntijalla on myös tunnustettu asema, toisin sanoen hän ei siis voi olla pelkkä asian harrastaja, amatööri.⁶⁶ Teoksessa *Muuttuva asiantuntijuus* esitetään työhypoteesina seuraava monitahoinen määritelmä, jossa korostetaan asiantuntijuuteen liittyviä arvovalintoja.

Asiantuntijaksi kasvetaan oppimalla vähitellen yhdistämään toisiinsa optimaalisesti ymmärrys ympäristön monimutkaisuudesta ja ihmisen osaamisen laadusta hallita tätä monimutkaisuutta. Optimaalisella yhdistämisellä tarkoitetaan kykyä toistuvasti havaita uutta, analysoida, tulkita ja tarjota tuloksellisia toimintavaihtoehtoja muuttuvissa toimintaympäristöissä. Osaamisen laatuun liittyy aina myös

⁶² Lundqvist & Petersen 2010, 10.

⁶³ Weber, M. 2005, 198–208; Giddens 1990, 1–2; *War, Medicine and Modernity*, 1–21.

⁶⁴ Harjula 2007, 19–39; Helén ja Jauho 2003, 13–32.

⁶⁵ Terveystiedonlehden levikki nousi 1930-luvulla yli 10 000, mutta sota-aikana levikki nousi huomattavasti ollen 56 000 vuonna 1944. *Terveystiedonlehti* 1944, 296–297.

⁶⁶ Roos 2006. Verkkolähde.

Risto Eräsaaren mukaan asiantuntijuuden perustan muodostavat tiede, instituutiot ja professiot. Asetelma on kuitenkin kaavamainen, sillä siitä puuttuvat kaikki ”dynaamiset tekijät, kuten politiikka, neuvoteltavuus ja kompromissit sekä julkiset areenat”. Eräsaari jakaa asiantuntijuuden suljettuun ja avoimeen. Suljettu asiantuntijuus perustuu usein täsmälliseen, luonnontieteelliseen tai tekniseen, ei-neuvoteltavaan tietoon. Avoimessa asiantuntijuudessa konteksti jätetään kommunikaation varaan. Tällainen on tilanne usein yhteiskuntatieteessä, koulutuksessa, sosiaalityössä, terapiassa ja palveluiden järjestämisessä. Eräsaarta myötäillen lääkärin voisi ajatella edustavan suljettua asiantuntijuutta, jossa asiantuntijavallan käyttö on yksisuuntaista ja neuvotteluvaraa on rajallisesti. Hoitoala taas edustaisi avointa asiantuntijuutta, jossa kyky kommunikaatioon, vastavuoroisuuteen ja kompromisseihin on tärkeää asiantuntijuusviestin perille saamiseksi.⁶⁸

Asiantuntijuuden voi myös nähdä laajemmin. Käytännön työhön eikä niinkään koulutukseen perustuvaa kokemuseräistä asiantuntijuutta on hyödynnetty esimerkiksi perustason terveysvalistus- tai rokotusprojekteissa, joissa paikallistuntemuksella ja luottamuksella on suuri merkitys.⁶⁹ Maallikkoasiantuntijuus on kokemuseräisen asiantuntijuuden sukulaiskäsite ja liittyy omassa päivittäiselämässä saavutettuun asiantuntemukseen. Käsite on käyttökelpoinen lasten terveysneuvontaa käsittelevässä tutkimuksessa viitattaessa vanhempien käytännön asiantuntijuuteen lastensa hoidossa.⁷⁰

Foucault’ia myötäillen asiantuntijat voidaan nähdä välittäjinä hallitsijoiden ja hallittavien välillä, eräänlaisina tulkkeina. Yhtäällä he liittoutuvat poliittisten voimien kanssa ja nostavat esiin uusia ongelmia muokkaamalla poliittisia huolia ”hallinnon kielelle”. Toisaalla he solmivat liittosuhteita kansalaisten kanssa, muuntavat heidän päivittäiset huolensa esimerkiksi lastenhoidossa ”asiantuntijuuskielelle” ja tarjoutuvat opettamaan heille menetelmiä, joiden avulla he voivat kasvattaa terveempiä ja onnellisempia lapsia. Täten asiantuntija omaa auktoriteettia sekä poliittiseen valtaan ja hallintoon että kansalaisiin nähden.⁷¹ Asiantuntijoiden valtaa ei kuitenkaan sovi yliarvioida, sillä esimerkiksi komiteamietintöjen ehdotukset eivät useinkaan ole poliittisista syistä johtaneet käytännön toimenpiteisiin.⁷² On muistettava, että kansalaiset voivat myös ”äänestää jaloillaan”, jos tarjotut neuvot eivät sovi yhteen heidän maailmankuvansa kanssa.⁷³

⁶⁷ *Muuttuva asiantuntijuus* 1997, 12–13.

⁶⁸ Eräsaari 2002, 20, 30–31.

⁶⁹ Collins et al. 2002; Gilkey et al. 2011.

⁷⁰ Epstein 1995; Henderson 2010.

⁷¹ Rose and Miller 1992, 188; Kunitz 1991.

⁷² Tästä hyvänä esimerkkinä on pitkä prosessi kunnanlääkärin toimen saattamisesta lakisääteiseksi, jota oli pohdittu vuodesta 1890 lähtien kahden komitean ja yhden lainvalmistelukunnan voimin. Laki säädettiin vihdoinkin vuonna 1939 osana lakipakettia yleisestä lääkärinhoidosta. Sodan vuoksi lain voimaantuloa lykättiin vuoteen 1943. Pesonen 1980, 398–417.

⁷³ Lundqvist & Petersen 2010, 14–15.

Luottamuksen saavuttaminen asiakkaiden kanssa on konkreettisessa neuvontatyössä tärkeää. Terveystenhoidon asiantuntijat toimivat myös paikallistasolla, jolloin sairaan- tai terveydenhoitajien merkitys kulttuurisina välittäjinä korostuu. Hoitajien avoin asiantuntijuus eli kyky vastavuoroiseen kommunikaatioon, toisin sanoen kulttuurinen lukutaito, on ollut oleellinen tekijä tiedonvälityksen onnistumisen kannalta. Kulttuurista lukutaitoa tarvittiin esimerkiksi 1920-luvulla Raja-Karjalassa lastenneuvolatyön alkuvaiheessa, jolloin terveyssisarten ensimmäinen tehtävä oli saavuttaa paikallisväestön luottamus.⁷⁴

Välittäjän rooli on ongelmallinen, jos koulutuksellinen ja kulttuurinen ero osapuolten välillä on suuri. Tällöin asymmetrinen valta-aspekti korostuu. On esitetty, että lääkärit ja sairaanhoitajat ovat pakottaneet työväenluokan ja maaseudun väestön opeillaan ja auktoriteetillaan omaksumaan keskiluokan arvomaailmaa.⁷⁵ Toisaalta, jos vapaaehtoisuuteen perustuva neuvonta nähdään kansalaisoikeutena, neuvontatyön kohteet ovat asiakkaita, jotka tulevat itse hakemaan palveluita. Esimerkiksi Saksassa ryhdyttiin jo 1880-luvulta lähtien luomaan sairausvakuutusjärjestelmää, jolloin kaupunkien työväenluokka pääsi vähitellen osalliseksi terveydenhoitopalveluista ja joiden rakentamiseen se myös itse osallistui. Alfons Labischin käsite *homo hygienicus* kuvaa henkilöä, jolle terveys on elämän tärkein tavoite. Tämä 1800-luvun saksalaiselle keskiluokalle ominainen rationaalinen ja hygieeninen elämäntyyli tuli Labischin mukaan sairausvakuutusjärjestelmän kautta koko väestön yleiseksi normiksi, mikä toi ennennäkemätöntä valtaa lääkäreille universaalina asiantuntijoina.⁷⁶

Lastenneuvolat olivat Ute Frevertin mukaan osa saksalaisen yhteiskunnan laajaa medikalisaatiota. Hygieniaprojektin onnistumisen edellytyksenä oli, että lääkärin ja äitien välillä oli toimiva yhteistyö, joka oli riippuvainen lääkärin lähestymistavasta ja hienotunteisuudesta. Kotirouvien ja lääkärin liittosuhde johti nopeaan lääketieteellisten normien hyväksyntään. Lääketieteen status nousi uusien keksintöjen myötä. Tehokkuutta ja rationaalisuutta arvostava yhteiskunta tunsu vetoa lääketieteen ja sen tekniikoiden menestykseen.⁷⁷

Vaikka asiantuntijat eivät välttämättä ole akateemisesti koulutettuja, on asiantuntijuus useimmiten yhdistetty akateemisiin professioihin, joista lääkärin ammattia on pidetty tyyppiesimerkkinä. Profession tunnuspiirteitä ovat korkea koulutus, ammatillinen autonomia ja ammattikunnan korkeat eettiset periaatteet.⁷⁸ Anglosaksisessa kirjallisuudessa näkyvä käsite semipro-

⁷⁴ Borowy 2009, 333. Terveystenhoidon koulutuksessa vuorovaikutus ja kulttuurinen lukutaito nähtiin tärkeinä. Siivola 1985, 41–48.

⁷⁵ Marks 1996. Paljon tutkimusta on tehty Englannista, jossa neuvontatyö aloitettiin keskiluokkaisten vapaaehtoisten naisten toimesta juuri kaupunkien köyhälistökortteleissa. Suomessa Saara Tuomaala on väitöskirjassaan vuonna 2004 kuvannut kansakoulun oppilaiden kokemuksia sotienvälisessä maaseudun ”sivistämisprosessissa”.

⁷⁶ Labisch 1985; Labisch 1992; Harjula 2007, 28: Valistuksen tavoitteena oli saada työväestö omaksumaan säätyläisten ”terveydelle omistetun elämän”.

⁷⁷ Frohman 2006, 454; Labisch 1985; Frevert 1985, Marks 1996.

⁷⁸ Abbott 1988, 4; Hakosalo 2010.

fessio viittaa usein keskiasteen koulutustason, vähäisemmän autonomian omaaviin ammattilaisiin. Kuitenkin käsite on epämääräinen: semiprofessio on ikään kuin ”vajaa” professio, jonka edustajat ovat usein julkisen sektorin palkkaamia, ja joiden työurat ovat lyhyempiä. Andrew Abbott on luetellessaan tärkeimmiksi semiprofessioiksi opetustyön, sairaanhoidon ja kirjastotyön esittänyt, että profession ja semiprofession suurin ero todennäköisesti liittyy eniten sukupuoleen.⁷⁹ Esa Konttinen määrittelee professioiksi ammatikuntia, joiden edustajat soveltavat erikoistunutta tieteellistä tietoa työtehtäviinsä ja joille erikoistuneen tiedon käytäntöön soveltamisen ohella on yhteistä se, että työ on yleisön palvelua. Konttinen sisällyttää myös sosiaalityöntekijät ja terveydenhoitajat tyypillisiin professioihin.⁸⁰

Omassa työssäni terveydenhoitoalan ammattien erottelu professoioihin ja semiprofessioihin ei ole kuitenkaan oleellista, sillä ne kaikki omaavat asiantuntijuutta, joka perustuu koulutukseen eli tietoon, tunnustettuun asemaan eli ammattinimikkeeseen ja kokemuksen tuomiin erikoistaitoihin. Tutkimuksessani korostuvat erityisesti lääkärit, sairaanhoitajat ja terveyssisaret.⁸¹

Suomessa hoitoalan professioiden kehitystä tarkastelevassa naistutkimuksessa lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen suhde on nähty myös vastakkainasettelun ja sukupuolittuneen valtakäsitteen kautta.⁸² Vaikka tutkimallani aikakaudella hoitajat olivat yleensä naisia ja lääkärit miehiä, näen heidät kaikki ensisijaisesti osana yhteisöä, jossa eri ammattiryhmien asiantuntijuus oli vastavuoroista ja toisiaan täydentävää.⁸³ Työssäni nostan tarkastelun kohteeksi sukupuolen vain silloin, kun sillä on merkitystä lastenneuvolatyön ideologian, instituutioiden ja käytännön rakentumisessa.

Olen soveltanut Peter Haasin vuonna 1992 kehittämää episteemisen yhteisön käsitettä analysoidessani lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisöä Suomessa. Määritelmän mukaan (hieman tiivistäen) episteeminen yhteisö koostuu asiantuntijaverkostosta, joka jakaa saman tietokäsityksen ja arvo maailman sekä oman erikoisalan käsitykset tiedon pätevyyden (validiteetin) punnitsemiseksi. Yhteinen ideologia ja jaettu käsitys todellisuuden rakentumisesta ajaa episteemisen yhteisön tavoittelemaan tiettyjä yhteisesti jaettuja päämääriä, joiden tarkoituksena on yhteisön maailmankuvan mukaisesti edistää inhimillistä hyvinvointia, vaikkakin on mahdollista, että tuo edistys tapahtuu vain yhteisön omien mallinnusten ja jaetun todellisuuskäsityksen

⁷⁹ Abbott 1998, 430.

⁸⁰ Konttinen 1997, 48.

⁸¹ Ennen vuotta 1944 nimike oli terveydenhoitajatar, vuosina 1944–1971 terveyssisar ja vuodesta 1972 terveydenhoitaja. Siivola 1985, 13–15. Tutkimallani aikakaudella terveyssisar-nimike oli yleisimmin käytössä, minkä vuoksi olen päättänyt käyttämään sitä koko työssäni.

⁸² Henriksson 1998.

⁸³ Kaikki hoitajat eivät olleet naisia, esimerkiksi mielisairaaloissa toimi miespuolisia mielisairanhoitajia. Suomessa naisten osuus lääkäreistä oli jo 1930-luvulla esimerkiksi Ruotsiin nähden korkea. Naisten osuus lääkäreistä oli Suomessa 13 % vuonna 1940 ja 21 % vuonna 1950. Vuorinen 2010, 251–252. Ruotsissa naislääkäreiden osuus oli 7 % vuonna 1930 ja 13 % vuonna 1960. Ek-löf 2000, 160.

piirissä.⁸⁴ Oleellista episteemisessä yhteisössä on siis yhteinen tietokäsitys ja arvopohja, eettisyys, verkostoituminen ja asiantuntijuuden käyttäminen poliittisen vaikuttamisen välineenä.

Haas on soveltanut käsitettä kansainväliseen politiikkaan, jossa episteemisillä yhteisöillä eli ”tietopohjaisilla eliiteillä” on enenevässä määrin kansalliset rajat ylittävää poliittista arvovaltaa ja painostusmahdollisuuksia tiettyjen käytäntöjen ja lainsäädännön muuttamiseksi esimerkiksi ympäristöky-symyksissä.⁸⁵ Käsitettä on sittemmin sovellettu 1800-luvun kansainväliseen sosiaalireformistien yhteisöön⁸⁶, kansalliseen ja paikalliseen sydäntautien torjumiseen Kanadassa⁸⁷, pohjoismaiseen lastensuojeluyhteisöön⁸⁸ ja pohjoismaisen hyvinvointivaltion kehittämiseen liittyviin verkostoihin⁸⁹ sekä aivan äskettäin vuonna 2015 globaaleihin lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisöihin⁹⁰.

Episteemisen yhteisön käsite auttaa analysoimaan 1900-luvun alkupuolen suomalaista lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisöä, jonka tavoitteena oli edistää lasten terveyttä ja laskea imeväiskuolleisuutta ja joka toimi tämän tavoitteen puolesta ammatti-, kansalais- ja poliittisissa järjestöissä kansainvälisellä, kansallisella ja paikallisella tasolla. Asiantuntijayhteisö verkostoitui tiiviisti sekä lastensuojelu- että kansanterveysliikkeiden kanssa, jotka olivat laajoja kansallisia ja kansainvälisiä toimijoita. Suomen sairaanhoitajaeliitti sai koulutuksensa Yhdysvalloissa, kun taas lääkäreiden yhteydet olivat vahvemmat Saksaan päin. Näin monimutkaisilla kansainvälisillä verkostoilla oli merkitystä myös kansallisella tasolla, jossa sovellettiin valikoidusti ulkomailta hankittuja tietoja ja vaikutteita.⁹¹ Episteemisen yhteisön suomenkielinen vastine voisi hyvin olla aatteellinen asiantuntijayhteisö. Olen kuitenkin selkeyden vuoksi päättänyt pitäytyä työssäni episteemisen yhteisön käsitteessä.

⁸⁴ Haasin alkuperäinen määritelmä: ”An epistemic community is a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain or issue-area. Although an epistemic community may consist of professionals from a variety of disciplines and backgrounds, they have (1) a shared set of normative and principled beliefs, which provide a value-based rationale for the social action of community members; (2) shared causal beliefs, which are derived from their analysis of practices leading or contributing to a central set of problems in their domain and which then serve as the basis for elucidating the multiple linkages between possible policy actions and desired outcomes; (3) shared notions of validity – that is, intersubjective, internally defined criteria for weighing and validating knowledge in the domain of their expertise; and (4) a common policy enterprise – that is, a set of common practices associated with a set of problems to which their professional competence is directed, presumably out of the conviction that human welfare will be enhanced as a consequence”. Haas, Peter 1992, 3.

⁸⁵ Haas 1992.

⁸⁶ *Epistemic community in the making*. Leonards&Randeraad 2010.

⁸⁷ Eyles 2009.

⁸⁸ Andresen et al. 2010.

⁸⁹ Kettunen & Petersen 2011.

⁹⁰ Dalglish 2015.

⁹¹ Rodgers 1998; Sorvettula 1998, 118–120; Hietala 1992. Mielestäni käsitettä voi mainiosti soveltaa, tosin hieman arkisesti, myös paikallisella tasolla, jolla esimerkiksi kunnanlääkärin ja terveysisärien ”episteeminen pienoisyhteisö” 1930-luvulla saattoi ”verkostoitumalla” Mannerheim-liiton ja Martta-järjestön kanssa edistää paikkakunnalla lasten terveyttä vaikkapa terveyspäivien ja uimakoulun avulla. MLL-Impilahti, KA.

Episteeminen yhteisö on erotettava Ludwik Fleckin kehittämästä *ajatuskollektiivista* (saksaksi *Denkkollektiv*, englanniksi *thought collective*), jolla tarkoitetaan samanlaista tieteellistä ajattelutapaa tai paradigmaa noudattavaa tiedeyhteisöä. Yhteisö noudattaa toki omia tutkimukseen liittyviä eettisiä periaatteitaan, mutta se ei välttämättä jaa yhteistä aatteellista päämäärää eikä sillä ole poliittisia tavoitteita.⁹²

Positiivinen eugeniikka ideologiana

Tämän tutkimuksen keskiössä oleva ideologinen suuntaus on pronatalistinen, positiivinen tai ”reformieugeniikka”⁹³, lasten määrän lisääminen ja laadun parantaminen yhteiskunnallisilla toimenpiteillä. Tutkimukseni sijoittuu aikakauteen, jota leimasi eugeniikka sekä tieteenä että käytännön politiikkana. Käsitteen vuonna 1883 kehittäneen Francis Galtonin mukaan eugeniikka on tiede, ”joka tutkii tulevien sukupolvien rodullisiin ominaisuuksiin vaikuttavia yhteiskunnallisia voimia”.⁹⁴ Saksankielisessä maailmassa käytettiin yleisesti Alfred Ploetzin kehittämää termiä *Rassenhygiene*, josta suomenkielinen rotuhygienian-nimike on peräisin. Eugeniikan ytimenä oli ajatus, että tieteen keinoin voidaan ja myös pitää parantaa ihmiskunnan laatua ja perimää.⁹⁵

Eugeeninen ajattelu vaikutti toiseen maailmansotaan asti ja osittain vielä sen jälkeenkin poliittisten ideologioiden taustalla, sekä oikealla että vasemmalla. Vielä 1940-luvulla ajateltiin yleisesti, että kehitysvammaisuuden lisäksi monet degeneraatiota eli ihmiskunnan rappiota ilmentävät sairaudet, kuten mielisairaus, alkoholismi, epilepsia ja jopa tuberkuloosi ovat perinnöllisiä. Näistä ongelmista kärsivien ihmisten lisääntyminen ei ollut eugeenisen ajattelutavan mukaisesti suotavaa, ja niinpä esimerkiksi Suomessa ja muissa Pohjoismaissa 1930-luvulla säädettyjä sterilisaatiolakeja oli hyväksymässä koko poliittinen kenttä.⁹⁶ Eugeniikka yhdistetäänkin pitkälti sen negatiiviseen puoleen: ”epäkelpojen” ja ”kehityskyvottomien” yksilöiden lisääntymisen estämiseen avioliittolainsäädännöllä ja sterilisaatioilla sekä mielisairaiden, alkoholistien ja vajaamielisten eristämällä laitoksiin. Eugeniikkaan liittyy teknokraattinen ja elitistinen usko tieteen kykyyn ratkaista yhteiskunnallisia ongelmia, mikä on asiantuntijavaltaa korostava ajatusrakennelma.⁹⁷

Poliittisesti heterogeeninen eugeeninen liike piti sisällään monenlaisia ajatussuuntauksia. Deterministisen tai negatiivisen rotuhygienian mukaan ihmisen perimä määräsi hänen asemansa yhteiskunnassa. Reformistisen tai liberaalin näkökulman mukaan taas yhteiskunnalliset olosuhteet saattoivat

⁹² Fleck 1979; Löwy 1988.

⁹³ *Reform eugenics* on Daniel Kevlesin kehittämä käsite 1930-luvun genetiikkaan perustuvasta eugeniikasta, joka ei ollut rasistinen eikä luokkasidonnainen. Kuitenkin se lähti perusoletuksesta, että ihmiset ovat perimältään epätasa-arvoisia. Kevles 1985, 164–192.

⁹⁴ Mattila 1999, 13.

⁹⁵ Mattila 1999, 12–14.

⁹⁶ Mattila 1999, 339.

⁹⁷ Mattila 1999, 339; Weindling 1989, 123.

estää yksilöä toteuttamasta täysipainoisesti omaa geneettistä potentiaaliaan, minkä vuoksi kaikkia ”kehityskykyisiä” ihmisiä piti alusta saakka auttaa ja tukea sosiaalipolitiikan, koulutuksen ja terveydenhuollon avulla. Myös liberaaliin eugeniikkaan kuului, että yhteiskunnan rajallisia voimavaroja ei ollut syytä sijoittaa kehityskyvyttömiin yksilöihin. Ongelmallinen kehityskelpoisuuden määrittely lankesi pitkälti lastenlääkärien tehtäväksi.⁹⁸

Eugeniikalla oli läheinen yhteys väestöpolitiikkaan⁹⁹, jonka painotukset vaihtelivat maasta toiseen: Saksassa väestön määrä ja laatu, Englannissa yhteiskuntaluokkien väestösuhteiden kontrolli tai esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Australiassa maahanmuuton säätely.¹⁰⁰ Ensimmäisen maailmansodan suuret miestappiot ja matala syntyvyys ohjasivat eugeenista liikettä monissa maissa reformistiseen ja pronatalistiseen eli väestön lisääntymiseen tähtäävään suuntaan. Tällöin pääpaino oli yhteiskuntapoliittisissa toimissa, jotka antaisivat syntyville lapsille paremmat mahdollisuudet kasvaa terveiksi ja elinvoimaisiksi.¹⁰¹

Kun negatiivinen eugeniikka pyrki estämään geneettisesti epäkelvoksi määritellyn aineksen lisääntymistä, positiivinen eugeniikka taas viittasi toimenpiteisiin, jolla väestön laatua parannettiin. Positiivinen eugeniikka voidaan nähdä eräänlaisena rodunjalostuksena, josta äärimmäisenä esimerkkinä olivat kansallissosialistisen Saksan *Lebensborn*-kodat¹⁰², viattomammassa muodossa taas Folkhälsanin äitikielipailut sotienvälisessä Suomessa¹⁰³ tai Yhdysvaltojen *Fitter Family*-kielipailut maatalousnäyttelyissä¹⁰⁴. Käytännössä positiivinen eugeniikka merkitsi kansanterveyttä kohentavia toimenpiteitä, joita terveydenhuollon lisäksi saattoivat olla esimerkiksi kouluruokailun ja uimaopetuksen edistäminen tai urheilukenttien rakentaminen.¹⁰⁵ Samat henkilöt saattoivat ajaa konkreettisesti sekä positiivista että negatiivista eugeniikkaa.¹⁰⁶

Käytän työssäni rotuhygienian sijasta tarkoituksellisesti eugeniikkakäsitettä, johon liittyy vähemmän mielikuvia pakkotoimista, rasismista ja jopa yhtymäkohdista kansallissosialistiseen Saksaan.¹⁰⁷ Eugeniikan ja lasten terveysneuvonnan yhteyttä on pohdittu erityisesti Saksaan liittyen. Weimarin

⁹⁸ Weindling 1989, 206–208; Stöckel 1996; Stöckel 2002.

⁹⁹ Väestöpolitiikka määritellään pyrkimyksiksi ja toimenpiteiksi, joiden tarkoituksena on vaikuttaa syntyvyyteen, kuolevuuteen, avioituvuuteen ja muuttoliikkeeseen siten, että väestönkehitys on yhteiskunnan kehityksen kannalta suotava. Tilastokeskus. *Väestötieteen perusteet*. Verkkolähde.

¹⁰⁰ Mattila 1999, 14; Bryder 2003.

¹⁰¹ Weindling 1989, 338–342.

¹⁰² *Lebensborn* oli Heinrich Himmlerin vuonna 1935 perustama ohjelma, jonka tarkoituksena oli luoda kansallissosialismin mukainen ihannerotu Saksaan. Se tarjosi rodullisesti sopiville aviottomille äideille ja SS-miesten vaimoille taloudellista tukea ja mahdollisuuden käydä raskaus ja synnytys erityisissä *Lebensborn*-kodeissa. Thompson 1971; Norjan *Lebensborn*-lapset, kts. Simonsen 2006.

¹⁰³ Hietala 1996, 209–210.

¹⁰⁴ Selden 2005.

¹⁰⁵ Weindling 1989, 404–405.

¹⁰⁶ Suomessa Samfundet Folkhälsanin pääsihteeri professori Harry Federley toimi aktiivisesti sekä kansanterveystyön että sterilisaatiolainsäädännön kehittämiseksi Suomessa. Kts. myös Mattila 1999, 16.

¹⁰⁷ Roll-Hansen 1999, 200.

Saksa julistautui 1920-luvulla hyvinvointivaltioksi, jossa vallitsivat samanlaisesta vahvat eugeniset käsitykset ja kehittynyt sosiaalilainsäädäntö. Painotus oli pronatalismissa ja niin sanotussa positiivisessa terveydessä. Lasten terveysneuvonnasta väitellyt Sigrid Stöckel on huomauttanut, että Weimarin ajan Saksan ”neuvontakeskukset”, joissa asiakkaita kortistoihin ja luokiteltiin muun muassa vammaisuuden perusteella, mahdollistivat keskustusten sujuvan siirtymisen noudattamaan kansallissosialistisen Saksan rotuhygieenisii toimintaperiaatteita.¹⁰⁸

Eugeniikka liittyi elimellisesti modernien kansallisvaltioiden hyvinvointipolitiikkaan. Ranskan kaltaisissa maissa, joissa lamarckilainen ajattelutapa (hankittujen ominaisuuksien periytyminen) oli vallalla, eugenikot painottivat kansanterveystoimia, erityisesti äitiys- ja lastenhuoltoa. Ajateltiin, että kasvattamalla neuvontatyön avulla terveempiä sukupolvia seuraavien sukupolvien perimä muuttuisi paremmaksi.¹⁰⁹

Suomessa rotuhygieniää käsittelevää ja sivuavaa tutkimusta on julkaistu runsaasti.¹¹⁰ Vaikka väestöpolitiikasta on Suomessa paljon tutkimuskirjallisuutta, ei sen yhteyttä eugeniikkaan ole juuri analysoitu.¹¹¹ Kun eugeniikka 1990-luvulla nousi ajankohtaiseksi tutkimusaiheeksi, oli painopiste negatiivisessa rotuhygieniassa, varsinkin sterilisaatiolainsäädännössä, ”modernin pimeässä puolessa”.¹¹² Näkökulma laajeni 2000-luvulle tultaessa, jolloin eugeniikkaa alettiin tarkastella enemmän osana modernia yhteiskuntaa. Vuonna 2010 ilmestyneessä teoksessa *The Oxford Handbook of the History of Eugenics* eugeniikan todetaan olevan osa modernia maailmaa (*about modernity*). Oleellista oli yhteiskunnan kollektiivisen edun asettaminen yksilön edelle.

Imeväiskuolleisuuteen vaikuttavat tekijät

Imeväiskuolleisuuden muutokset ja siihen vaikuttavat tekijät eri aikakausina ja eri yhteiskunnissa ovat olleet väestötieteessä tärkeitä tutkimusalueita.¹¹³ Imeväis- ja lapsikuolleisuuden muutoksia voidaan väestötieteilijä Livi-Baccin mukaan parhaiten analysoida monitieteellisellä lähestymistavalla, jossa väestötiede yhdistää voimansa biologian, lääketieteen, kansanterveystieteen ja talous- ja sosiaalhistorian kanssa.¹¹⁴ Väestötiede toimii työssani eräänlaisena

¹⁰⁸ Stöckel 2002, 613. Weimarin Saksan eugenisesta liikkeestä, kts. Weindling 1989, 337–398.

¹⁰⁹ *Oxford Handbook* 2010, 8.

¹¹⁰ Hietala 1985; Mattila, 1999; Harjula 1996; Harjula 2007; Meskus 2009. Markku Mattila on käsitellyt rotuhygieniää Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti. Minna Harjula (1996) on analysoinut vammaisuuden tulkintoja 1930-luvun lopulle saakka. Mianna Meskus on tarkastellut rotuhygieenistä keskustelua 1900-luvun alusta alkaen ja sen yhteyttä nykypäivän sikiöseulontoihin.

¹¹¹ Mattilan väitöskirjasta leikkautuu aikarajauksen vuoksi pois valtiollisen väestöpolitiikan ja rotuhygienian välisen suhteen analyysi. Mattila 1999, 23. Kuitenkin Harjula 2007, 55–72; Nätkin 1997, 62–81.

¹¹² Erityisesti Ruotsissa käytiin laaja keskustelu pakkosterilisaatioista. Broberg & Tyden 2005; Peltonen 1998, 9–17.

¹¹³ Esim. Bideau et al. 1997.

¹¹⁴ Livi-Bacci 1997.

kvantitatiivisena taustoittajana. Sen etuna ovat ”isot numerot” eli makrotason tutkimukset yhdistettyinä pitkiin aikasarjoihin, jotka antavat mahdollisuuden tarkastella esimerkiksi erilaisten imeväisten hoito- ja ruokintatapojen vaikutusta lasten kuolleisuuteen. Suomessa ja Ruotsissa vuonna 1749 alkaneessa väestökirjanpidossa merkittiin alle vuoden ikäisenä kuolleet omaksi ryhmäkseen jo varhain, mikä omalta osaltaan helpotti imeväiskuolleisuuden tarkastelua. Se osoittaa samalla, että imeväiskuolleisuus miellettiin jo tuoloin yhteiskunnalliseksi ongelmaksi.¹¹⁵

Taulukko 1. *Lapsi- ja imeväiskuolleisuuteen liittyvää terminologiaa.*

Keskenmeno¹	Raskauden spontaani keskeytyminen ennen 22. raskausviikon täytymistä.
Kuolleena syntynyt^{1,2}	Vastasyntynyt, jonka syntymäpaino on vähintään 500 g tai vastasyntynyt, joka on syntynyt kuolleena vähintään 22 viikkoa kestäneen raskauden jälkeen.
Keskenen¹	Syntymäpaino alle 2500 g.
Ennenaikainen synnytys¹	Synnytys tapahtuu ennen 37. täyttä raskausviikkoa.
Perinataalikuolleisuus^{2,3}	Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden määrä tuhatta syntyntä kohden. 0–7 vuorokauden kuolleisuutta on aikaisemmin nimitetty varhaiskuolleisuudeksi
Neonataalikuolleisuus^{2,3}	Neljän ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden määrä tuhatta syntyntä kohden. Aikaisemmin myös endogeeninen kuolleisuus.
Post-neonataalikuolleisuus³	28 vrk–365 vrk aikana kuolleiden lukumäärä tuhatta syntyntä kohden. Aikaisemmin myös eksogeeninen kuolleisuus
Imeväiskuolleisuus^{1,3}	Imeväiskuolleisuus lasketaan jakamalla alle vuoden ikäisinä kuolleiden lukumäärä samana tilastovuonna elävänä syntyneiden määrällä. Kun näin saatu luku kerrotaan 1 000:lla, saadaan luku ilmaistuna promilleina.
Alle 5-vuotiaiden kuolleisuus³	Alle 5-vuotiaana kuolleiden lukumäärä jaetaan elävänä syntyneiden määrällä ja kerrotaan luku tuhannella. Synonymi lapsikuolleisuus

Lähde: ¹⁾Käypä hoito: Ennenaikainen synnytys. Verkkolähde; ²⁾Tilastokeskus. Käsitteet. Verkkolähde; ³⁾Indrayan.A.: Indicators of child mortality. Verkkolähde.

Tutkimallani aikakaudella imeväiskuolleisuus toimi mittatikkuna, jonka avulla arvioitiin Suomen terveydenhuollon tasoa, lasten asemaa ja hyvinvointia sekä Suomen sijoitusta muiden ”sivistysmaiden” keskuudessa. Lääkärit käyttivät yksinomaan imeväiskuolleisuuden käsitettä. Siksi seuraan työssäni erityisesti alle yksivuotiaiden kuolleisuuden kehitystä, vaikka nykytietämyksen mukaan alle viisivuotiaiden kuolleisuus (*under five mortality*) kuvaa monipuolisemmin yhteiskunnan kehitystasoa ja terveydenhuollon toimivuutta.¹¹⁶ Valtakunnallisessa tilastoinnissa alle viisivuotiaiden kuolleisuutta ei

¹¹⁵ Nieminen 1999, 12; Lithell 1999; Brändström 1984; Brändström and Tedebrand 1988; Pitkänen 1983. Uumajan yliopistolla on väestötieteellinen tietokanta, jonka pohjalta on tehty runsaasti demografista tutkimusta. CEDAR – Enheten för demografi och åldrandeforskning. Verkkolähde.

¹¹⁶ Alle viisivuotiaiden kuolleisuutta kutsutaan myös lapsikuolleisuudeksi. ”Under-five mortality levels are influenced by poverty, education, particularly of mothers; by the availability, accessibility

tutkimuskaudella ilmoitettu imeväiskuolleisuuden tapaan. Väestötieteilijä Väinö Kanniston väitöskirjassa ilmenee kuitenkin, että vuosina 1936–1940 oli 1–4-vuotiaiden kuolleisuus keskimäärin 41 prosenttia ja 5–9-vuotiaiden kuolleisuus 18 prosenttia imeväiskuolleisuudesta.¹¹⁷

Taulukkoon 1 on koottu lapsi- ja imeväiskuolleisuuteen liittyvää terminologiaa. 1900-luvun alkupuolella alle kuukauden ikäisten imeväisten tärkein kuolinsyy oli keskossuus eli alle 2500 gramman syntymäpaino. Puhuttiin myös ”yleisestä heikkoudesta”. Keskossuuden osuus imeväiskuolleisuudessa oli noin kolmasosa ja noin 80 prosenttia varhais- eli ensimmäisen elinviikon kuolleisuudesta. Ensimmäisen elinkuukauden kuolemia pidettiin yleensä endogeenisina eli äidistä johtuvina, joihin lastenhoidonneuvonnan keinoin ei juuri voinut puuttua.¹¹⁸ Nykykäsityksen mukaan äitiyshuollon ja synnytysopin tason mittareita ovatkin äitikuolleisuus, perinataalikuolleisuus sekä keskosten ja pienipainoisten määrä.¹¹⁹

Toisesta elinkuukaudesta lähtien kuolinsyyt olivat enimmäkseen eksogeenisia eli ympäristöstä ja lastenhoidosta johtuvia. Erilaiset vatsataudit olivat yleisin kuolinsyy aina puolen vuoden ikään saakka ja johtuivat usein kei-noruokinnasta, eli erilaisten koostumukseltaan sopimattomien äidinmaitovastikkeiden käytöstä ja huonosta hygieniasta. Kuudesta kuukaudesta alkaen hengitystieinfektiot, kuten keuhkokuume ja hinkuyskä, yleistyivät kuolinsyinä. Yli yksivuotiailla tuberkuloosin eri muodot ja kulkutaudit, kuten tuhkarokko ja kurkkumätä, alkoivat yleistyä. Aikalaiskäsityksen mukaan imetykseen kannustaminen ja hygienian parantaminen lastenhoidonneuvonnan avulla olivat nopeita ja tehokkaita tapoja alentaa alle yksivuotiaiden kuolleisuutta. Ennen antibioottien ja rokotusten aikakautta hengitystieinfektioihin ja tuberkuloosiin oli vaikea puuttua; tärkeäksi koettiin lapsen vastustuskyvyn parantaminen eli ”karaiseminen” monipuolisen ravitsemuksen ja ulkoilun avulla. Aina 1940-luvulle saakka imeväiskuolleisuuden lasku johtui pääosin ripulikuolleisuuden vähentymisestä.¹²⁰

Imeväiskuolleisuuden alenemiseen johtavat tekijät ovat siis moninaisia. Terveysneuvonnan ja ehkäisevän terveydenhuollon kehittymisen ohella on samanaikaisesti ollut nähtävissä myös muita kuolleisuutta alentaneita kehityskulkuja. Näistä tärkeimpiä ovat olleet elintason nousuun liittyneet tekijät, kuten runsaampi ja monipuolisempi ravinto ja väljempi asumisympäristö, ympäristön hygienian parantuminen¹²¹ sekä lisääntynyt koulutus ja tiedonsaanti. Useat nykyelämään kiinteästi kuuluvat seikat, kuten sähkö, vesijohto, pesuaineiden kaupallinen valmistus ja monet kodinkoneet, ovat helpottaneet lastenhoitoa sekä lisänneet mahdollisuuksia parempaan hygieniaan.¹²² Ter-

and quality of health services; by environmental risks including access to safe water and sanitation; and by nutrition.” UN – under five mortality rate. Verkkolähde.

¹¹⁷ Kannisto 1947, 137.

¹¹⁸ Heiniö 1935, 166–187.

¹¹⁹ Heiniö 1935, 166–187; Rutanen ja Ylikorkala 1998.

¹²⁰ Salmi 1944; Heiniö 1935; Ylppö 1938.

¹²¹ Vesi- ja viemärihuollon sekä elintarvikehygienian kohentuminen erityisesti kaupungeissa.

¹²² Livi-Bacci 1997, 1–4.

veydenhuolto on vain yksi tekijä muiden joukossa, jolla kuolleisuuteen pystytään vaikuttamaan.¹²³

Tutkimallani ajanjaksolla Suomi eli keskellä *väestöllistä transitiota* eli muuntumista. Hedelmällisyyden transition käynnistyminen ajoitetaan Suomessa yleensä vuoteen 1910, mutta kaupungeissa se alkoi jo 1890-luvulla, jolloin kuolleisuus oli vielä korkeaa. Syntyvyyden lasku herätti hämmennystä ja pelkoa sukujen sammumisesta.¹²⁴ Samanaikaisesti oli käynnissä *epidemiologinen transitio*: infektiosairaudet olivat väistymässä rappeuttavien eli degeneratiivisten sairauksien tieltä. Käsitteen loi vuonna 1971 Abdel R. Omran, joka jakoi transitiovaiheet kolmeen jaksoon. *Kulkutautien ja nälän vaiheessa* kuolleisuus oli suuri ja vaihteleva, ja vastasyntyneen elinajanodote vaihteli 20 ja 40 vuoden välillä. *Vähenevien pandemioiden vaiheessa* infektioitaudit väistyivät kuolleisuuden painopisteen siirtyessä vanhempiin ikäryhmiin, jolloin elinajanodote oli noin 50 vuotta. *Degeneratiivisten tautien vaihetta* luonnehtivat pieni kuolleisuus ja rappeutumissairauksien suuri osuus. Vastasyntyneen elinajanodote piteni noin 70 vuoteen.¹²⁵

Suomessa epidemiologinen muuntuminen ajoittui hieman myöhemmään aikaan muihin Pohjoismaihin verrattuna muun muassa korkean tuberkuloosikuolleisuuden vuoksi. Väinö Kannisto on esittänyt, että Suomessa elettiin toisen maailmansodan aikana muuntumisen toista vaihetta, jolloin suuret epidemiat olivat väistyneet ja elinikä nousi hitaasti, mutta infektioaudit olivat vielä merkittävimpiä sairastavuuden ja kuolleisuuden aiheuttajia. Kolmas vaihe osui 1940-luvun lopulle, jolloin kuolleisuus alkoi nopeasti laskea uusien rokotteiden, hoitomenetelmien ja antibioottien ansiosta.¹²⁶ Suomessa elettiin 1940-luvulla epideemisen muuntumisen kiivaassa vaiheessa, jolloin juuri äiteihin ja lapsiin kohdistuneet toimenpiteet olivat transitio-teorian mukaan tehokkaimpia siirtymävaiheen nopeuttajia. Toisen maailmansodan jälkeen nopeasti laskenut imeväiskuolleisuus oli yhteydessä nimenomaan infektioiden vähenemiseen.¹²⁷

Sota yhteiskunnallisen muutoksen katalysaattorina

Lastenneuvoloiden kunnallistamishanke ja toiminnan vakiintuminen vuosina 1937–1955 ajoittuvat niin kutsuttuun pitkään sotaan, jossa sodan uhka ja

¹²³ Livi Bacci 1997, 3–4; Mustonen, Suominen ja Suonoja 1976, 9.

¹²⁴ Väestöllinen muuntuminen tai transitio on prosessi, jossa siirrytään korkeasta syntyvyydestä ja kuolleisuudesta vähitellen matalaan syntyvyyteen ja kuolleisuuteen. Suomen väestöllisestä muuntumisesta kts. Strömmer 1969. Väestöllisen muuntumisen määritelmiä: *Suomen väestö* 2007, 347; Tilastokeskus: *Väestötieteen perusteet*. Verkkolähde.

¹²⁵ *Suomen väestö* 2007, 170.

¹²⁶ Kannisto et al. 1999.

¹²⁷ Omran 1971; Kannisto et al. 1999 Yleisen ja vakiintuneen käsityksen mukaan odottavien äiteihin ja pieniin lapsiin kohdistettu ehkäisevä terveydenhuolto on kustannustehokasta toimintaa, joka ei vaadi monimutkaista teknologiaa ja joka voidaan jalkauttaa hyvinkin etäisille alueille. Vuonna 2010 WHO käynnisti kampanjan, jonka tavoitteena oli pelastaa elämälle vuoteen 2015 mennessä 16 miljoonaa odottavaa äitiä ja lasta. Ohjelmalehtisessä painotettiin kampanjan kustannustehokkuutta sekä kerrottiin sen stimuloivan taloudellista kasvua ja tuottavuutta. WHO: *Global Strategy for Women's and Children's Health*. Verkkolähde.

siihen valmistautuminen sekä sodan jälkeiset pitkäaikaiset ja laajat vaikutukset luetaan käsitteen piiriin varsinaisen sodankäynnin lisäksi.¹²⁸ Useat tutkijat ovat painottaneet sotaan liittyviä tekijöitä, jotka nopeuttivat lainsäädäntöä runsaan, terveen ja puolustuskykyisen väestön turvaamiseksi.¹²⁹ Sodan ja lasten terveydenhuollon väliseen yhteyteen kiinnitti huomiota Deborah Dwork teoksessaan *War is Good for Babies & Other Young Children*. Vaikka tietyt väestönosat saattoivat hyötyä sodasta, niin heikot ja tuottamattomat henkilöt – kehitysvammaiset, mielisairaavat ja vanhukset – kärsivät.¹³⁰ Jay M. Winter on käynyt pitkään keskustelua ensimmäisen maailmansodan ja imeväiskuolleisuuden laskun välisestä yhteydestä Britanniassa. Hänen mukaansa sodan aikaiset sosiaaliset uudistukset nopeuttivat imeväiskuolleisuuden laskua.¹³¹ Bernard Harris taas on todennut imeväiskuolleisuuden sodanaikaisen laskun pikemmin ilmentäneen jo aiemmin alkaneen kehityksen jatkuvuutta kuin äkillistä murrosta.¹³²

Sodankäynnillä on syvälliset vaikutukset yhteiskuntiin. Sekä ensimmäinen että toinen maailmansota on yhdistetty maan hyvinvointipalvelujen kehitykseen Iso-Britanniassa, jossa sodankäynnin yhteiskunnallisten vaikutusten tutkimus on ollut aktiivista, Richard Titmuss määritteli sodanaikaisen sosiaalipolitiikan hallituksen toimenpiteiksi, joiden tarkoituksena oli siviilien hyvinvoinnin parantaminen.¹³³ Arthur Marwick puhui ”sodan koetuksesta” (*test of war*), jolloin äärimmäisissä olosuhteissa koetellaan valtion sosiaalisia, poliittisia ja taloudellisia instituutioita.¹³⁴ Hänen mukaansa sota-aika paljastaa yhteiskunnassa vallitsevat ongelmat räikeämmin kuin mitkään rauhajan kriisit. Ensimmäisessä ja toisessa maailmansodassa asevelvollisuusarmeijoilla käytiin totaalisotaa, jolloin myös kotirintama oli valjastettu sotaponnisteluihin. Tällöin suuret ihmismassat näkivät ja ”tarkastivat” valtionsa puutteellisuuksia, mitä voidaan kutsua sodan ”auditoivaksi vaikutukseksi” (myös *inspection effect*).

Sodalla voi olla myös sosiaalisesti tasoittavia vaikutuksia. Stanislaw Andreski on esittänyt, että mitä suurempi osuus väestöstä osallistuu sotaponnisteluihin (*military participation ratio*), sitä suurempi on sotaa seuraava yhteiskunnallinen tasoittuminen ja poliittinen tasa-arvo. Kaikille yhteiset uhraukset sodassa johtavat poliittisiin paineisiin saada valtio huolehtimaan sodan uhreista ja parantamaan kansalaisten sosiaalisia ja poliittisia olosuhteita. Sota antaa usein sysäyksen sosiaalisille uudistuksille.¹³⁵ Anglosaksisessa kirjallisuudessa käsitteellä ”sodan vaikutus” (*impact of war*) selitetään useita sodanjälkeisiä yhteiskunnallisia prosesseja, kuten hyvinvointivaltion kehitys-

¹²⁸ Porter, B. 1994, 3.

¹²⁹ Porter, B. 1994, 11, 18; Stanislaw Andreski [Andrzejewski] 1954; Titmuss 1958; Briggs 1961.

¹³⁰ Dwork 1987; Cooter & Sturdy 1999, 6.

¹³¹ Winter 1977; Winter 2003.

¹³² Harris 1993.

¹³³ Titmuss 1958, 79–82; Briggs 1961; Eräsaari 1978.

¹³⁴ Marwick 1974, 12.

¹³⁵ Andreski [Andrzejewski] 1954. Titmuss 1958.

tä ja kansallista terveydenhuoltoa. Yleisesti käytössä ollut sanapari *warfare ja welfare* kuvaa käsitteiden läheistä yhteyttä.¹³⁶

Suomen vuoden 1944 kansanterveyslait ennakoivat 1960-luvulla vähitellen kehittyvää hyvinvointiyhteiskuntaa, sillä ne tarjosivat ilmaisia, verovaroja rahoitettavia palveluita kaikille odottaville äideille ja pikkulapsille. Vaikka tutkimukseni ei etsi vastausta siihen, olivatko sotavuodet ratkaisevia laakien laatimisen kannalta, sodan aiheuttama kriisitilanne tarjoaa kiinnostavan näkökulman suomalaiseen yhteiskuntaan ja sen muutoksiin.

Suomessa valtaosa sotaa käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta on ollut joko sotahistoriaa tai poliittista historiaa. Sodan yhteiskunnalliset vaikutukset ja valtion roolin muuttuminen itsenäisyyden aikana olivat kuitenkin kiinnostuksen kohteena 1970–1980-luvun taitteessa, jolloin Helsingin yliopiston poliittisen historian laitoksella laaja SUOMA-projekti (Suomi toisessa maailmansodassa) tuotti useita opinnäytetöitä ja kolmeosaisen sosiaalihistoriallisesti painottuneen kirjasarjan *Kansakunta sodassa*.¹³⁷ Tutkimuksen kohteena ovat olleet myös siirtoväen kokemukset, sijoittuminen yhteiskuntaan ja sopeutuminen uusille asuinsijoilleen.¹³⁸

Sodanaikaista sosiaali- ja terveystaloutta on Suomessa tutkittu niukasti.¹³⁹ Myöskään laajaa siviiliväestön huoltotoimintaa ja huoltojärjestöjä ei ole selvitetty juuri laisinkaan, vaikka arkistomateriaalia on säilynyt valtavasti ja vaikka sodanaikaisilla uusilla sosiaalitoimen käytännöillä on ollut merkittävä vaikutus tuleviin sosiaalipolitiikan ratkaisuihin.¹⁴⁰ 2000-luvun niin sanottu uusi sotahistoria tutkii aikaisemmin vaiettujakin sotakokemuksia ja sodan yhteiskunnallisia vaikutuksia poliittisten kysymysten rinnalla.¹⁴¹ Aivan viime vuosina jälleenrakennusaika on noussut uudelleen monipuolisen tarkastelun kohteeksi. Teoksessa *Rauhaton rauha* näkökulmana on syksyllä 1944 alkaneen uudelleenorientoitumisen kokemuksellinen, käsitteellinen ja tunnehistoriallinen taso.¹⁴² Sota- ja jälleenrakennusvuosiin osuvasta lastenneuvolatoiminnan rakentumisesta ei aikaisemmin ole tehty historiatutkimusta, minä vuoksi työni voidaan tältä osin luokitella perustutkimukseksi.

Sotavuodet katalysoivat myös huomattavia muutoksia lääketieteen käytännöissä. Suurten armeijoiden massamittainen terveydenhuolto mahdollisti uusia kokeiluja sekä hallinnon että hoidon tasolla. Valtion ja yksityisten yritysten yhteinen kehitystyö tuotti markkinoille rokotteita ja antibiootteja, muiden muassa penisilliinin, jolla oli merkitystä jo sotavuosina lasten terveydenhuollossa. Sota mahdollisti lääketieteellisen teknologian siirtymisen erilaisten rajojen yli: esimerkiksi Britanniaa USA:han, siviilimaailmasta

¹³⁶ Floud 2014, 283.

¹³⁷ Esim. Laine 1982; Nummela 1993; *Kansakunta sodassa* 1–3, 1989, 1990, 1992.

¹³⁸ Esim. Hietanen 1982; Sallinen-Gimpl 1994.

¹³⁹ Kuitenkin Piirainen 1974; Satka 1994.

¹⁴⁰ Teräs 2012, 7–25.

¹⁴¹ *Ihminen sodassa: suomalaisten kokemuksia talvi- ja jatkosodasta* 2006; Kemppainen 2006; Meinander 2009; *Finland in World War II : history, memory, interpretations* 2012; Kivimäki 2013.

¹⁴² *Rauhaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättymisen 1944–1950*, 2015; kts. myös Holmila ja Mikkonen 2015.

armeijaan ja taas siviiliin, valtion laboratorioista yksityisiin yrityksiin ja mas-
satuotantoon sekä kliinisestä kokeilusta hoitokäytännöksi. Nämä rajat jäivät
usein auki sodan päätyttyä. Myös lääketieteellinen koki pysyvän modernisaati-
on.¹⁴³ Suomessa lääketieteen piirissä ilmestyi lähinnä sotavammojen kirurgi-
seen hoitoon liittyviä julkaisuja.¹⁴⁴ Sen sijaan infektioauteihin liittyvä sodan-
aikainen puolustusvoimien piirissä tapahtunut merkittävä tutkimustyö ro-
kotteiden kehittämisen ja laajamittaisten rokotekokeilujen suhteen on jäänyt
julkaisematta. Puolustusvoimien infektioiden torjunta oli tehokasta, minkä
vuoksi tutkimuksella voisi olla annettavaa myös nykypäivän kriisien hoitami-
sessa.¹⁴⁵

1.4 Tutkimustehtävä

Tutkimusaiheeni edellyttää monitieteellistä lähestymistapaa, sillä analysoin
pitkällä aikavälillä kompleksia yhteiskunnallista ilmiötä. Pitkähkön taustoi-
tuksen tarkoituksena on ollut selvittää ja tehdä ymmärrettäväksi tutkimus-
tehtäväni monitasoisuutta ennen varsinaisten tutkimuskysymysten esittä-
mistä. Väitöskirjani tutkimustehtävä on analysoida, millä tavalla lääketieteel-
lisen tiedon ja yhteiskunnan muutokset ovat vaikuttaneet lasten terveysneu-
vonnan tehtävänmäärittelyyn, organisaatioon ja käytännön toimintaan 1900-
luvun alusta 1950-luvun puoliväliin. Tarkastelen kysymystä lasten tervey-
denhuollon asiantuntijoiden näkökulmasta. Työssäni on vahva lääketieteelli-
nen ote.

Olen jakanut tutkimuskysymykseni kolmeen osaan: ideologiseen, institu-
tionaaliseen ja käytännön tasoon, mikä mahdollistaa tasojen keskinäisen
vuorovaikutuksen analyysin pitkällä aikavälillä. Ensimmäinen taso kuvaa
yhteiskunnan ylärakenteissa tapahtuneita ideologisia ja tiedollisia muutok-
sia. Toinen, institutionaalinen taso tarkastelee prosessia, jonka kautta yläta-
sossa tapahtuvat muutokset vaikuttivat yhteiskunnan instituutioihin. Kol-
mannella tasolla taas analysoin ideologisten ja institutionaalisten muutosten
heijastumista lastenneuvoloiden jokapäiväiseen ruohonjuuritason toimin-
taan.

1. Miten tutkimuskaudelle ominaiset nopeat yhteiskunnalliset, ideo-
logiset ja lääketieteellisen tiedon muutokset vaikuttivat asiantunti-
jayhteisön näkemyksiin
 - a. lasten terveysneuvonnan tehtävistä?
 - b. lasten terveysneuvonnan kohderyhmästä?
2. Minkälaisia instituutioita toiminnan ympärille rakentui?

¹⁴³ *War, Medicine and Modernity* 1999, 11–16; Hoyt 2006; Laurent 2012, 315–334.

¹⁴⁴ *Sotakirurgisia kokemuksia 1946*.

¹⁴⁵ Laurent 2006.

- a. Miten lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisö syntyi, miten se verkostoitui ja mitkä olivat sen toimintamahdollisuudet?
 - b. Miten, kenen toimesta ja kenen kustantamana lastenneuvolaverkostoa rakennettiin?
 - c. Miten sodan aiheuttamat kriisivuodet vaikuttivat neuvolaverkoston rakentumiseen?
3. Miten lastenneurolat toimivat käytännössä?
- a. Miten lääketieteellisen tiedon kehittyminen vaikutti lastenneurolatoimintaan?
 - b. Miten terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuivat työhönsä?
 - c. Miten väestö suhtautui lasten terveysneuvontaan?

Asiantuntijat ovat lastenneuroloiden toiminnan kehittämässä olleet koko tutkimuskaudella avainasemassa. Heidän tehtävänä on ollut esitellä yhteiskunnan päättävälle elimelle ongelmia, joihin he ovat lääketieteellisen tietonsa perusteella myöskin tarjonneet ratkaisuja. Sekä ongelmat että ratkaisut ovat vaihdelleet yhteiskunnallisen tilanteen ja lääketieteellisen tiedon muuttumisen myötä. Lastenneuroloiden tehtävämäärittelyssä ja kohderyhmissä tapahtui tutkimuskaudella suuria muutoksia. Asiantuntijat rakensivat verkostojensa avulla järjestelmiä ja instituutioita, joiden puitteissa lasten terveysneuvontaa kehitettiin muuttuvissa yhteiskunnallisissa olosuhteissa. Työssäni lastenneuroloiden käytännöllä on merkittävä painoarvo, sillä niiden kautta on mahdollista peilata asiantuntijuuden, muuttuvan tiedon ja käytännön keskinäistä vuorovaikutusta.

Tutkimukseni alkaa 1900-luvun ensimmäisistä vuosista, jolloin Helsinkiin perustettiin Maitopisaran lastenneuvola. Kunnallinen lastenneurolalaitos vakiintui 1950-luvun puoliväliin mennessä, jolloin lähes kaikki alle kouluikäiset lapset olivat sen toiminnan piirissä. Alkuun puhtaitten maitoseosten jakeluun keskittyvä filantrooppinen vapaaehtoistyö kattoi vain suurimmat kaupungit. Ensimmäinen maailmansota ja sitä seurannut sisällissota nostatti Suomessa vahvan lastensuojeluliikkeen, jonka osana myös lasten terveysneuvonta laajeni. 1930-luvun loppuvuodet olivat Suomessa nopean kehityksen aikaa, jolloin kansanterveystyö alkoi nousta valtiolliseksi prioriteetiksi. Työn vuosisadan alusta 1930-luvun loppuun ulottuvan jakson tehtävänä on analysoida lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisön ideologisia taustoja ja lasten terveysneuvonnan institutionaalista rakentumista.

Tutkimukseni alkuperäislähteisiin perustuva osa sijoittuu sota- ja jälleerakennusaikaan vuosien 1939 ja 1955 välille, neuvolalainsäädännön syntyvaiheisiin ja kunnallisen lastenneurolaverkoston rakentamiseen. Sotavuosia tarkastelemaan jaksoon on liitetty Sortavalan piirilääkäripiirin toimintaa vuosina 1942–44 käsittelevä paikallistutkimus, joka antaa mahdollisuuden tarkastella kolmen eri tason, ideologian, instituutioiden ja käytännön keskinäis-

tä vuorovaikutusta. Samalla se valottaa yhteiskunnallisen kriisitilanteen katalysoimia muutoksen mahdollisuuksia.

1.5 Menetelmät ja aineistot

Lääketieteen sosiaalishistoriaan kuuluvassa monitieteissä työssäni tarkastelen tutkimusaiheittani monesta näkökulmasta käsin, useilla erityyppisillä tutkimusaineistoilla ja -menetelmillä aineisto- ja metoditriangulaation keinoin.¹⁴⁶ Analysoin tutkimusaineistoani aineistolähtöisesti pääosin laadullisin menetelmin. Tukeudun kuitenkin myös teoreettiseen viitekehykseen etsien siitä selitystä ja vahvistusta omille tulkinnoilleni, jolloin teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä. Käyttämäni teoriasidonnaista lähestymistapaa kutsutaan myös abduktiiviseksi päättelyksi.¹⁴⁷ Esittelen seuraavaksi työssäni käyttämiäni metodeja ja aineistoja alakysymysten mukaisesti jaoteltuina. Taulukko 2 havainnollistaa teoreettisen viitekehyksen, metodien ja aineiston käytön tutkimuskysymysten mukaisesti.

1. Mihin ideologioihin terveydenhuollon asiantuntijayhteisö tukeutui?

Terveydenhuollon asiantuntijoiden omaksumaan ideologiaan sisältyy myös muuttuva lääketieteellinen tieto. Analysoin aineistoani asiantuntijatekstien lähiluvulla. Tutkimuskohteeksi olen ottanut tavat, joilla toimijat ovat kuvanneet ilmiöitä, nimenneet niille syitä ja esittäneet ratkaisuja.¹⁴⁸ Etsin teksteistä yhtäältä ideologisia perusteita neuvontatyölle ja toisaalta konkreettisia esityksiä työn järjestämiseksi. Kuljetan työssäni ideologiaa ja konkretiaa rinta rinnan ja seuraan asiantuntijoiden ideologisessa ilmastossa näkyviä mahdollisia muutoksia, jotka ovat yhteydessä yhteiskunnallisiin tapahtumiin ja myös lääketieteellisen tiedon muutoksiin.

Toisen aineistokokonaisuuden muodostavat terveydenhuoltoalan ammatti-, järjestö- ja aikakauslehtien lasten terveysneuvontaa sivuavat asiantuntijoiden laatimat kirjoitukset. Terveydenhoidon oppikirjat ja valistuslehtiset ovat olleet oivallinen lisä valottamaan aikakauden tietämystä ja käsityksiä lasten terveydenhoidosta. Käyttämällä mahdollisimman monipuolista viranomais- ja asiantuntija-aineistoa pyrin saamaan kokonaiskuvan lasten terveydenhuollon asiantuntijoiden käsityksistä ja toimista pienten lasten kuolleisuuden vähentämiseksi ja terveyden edistämiseksi.

¹⁴⁶ Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Triangulaation avulla on mahdollista lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Eskola & Suoranta 1998, 69–70.

¹⁴⁷ Abduktiivisessa päättelyssä tutkijan ajatteluprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Tuomi & Sarajarvi 2002, 96–97.

¹⁴⁸ Diskurssianalyysin määritelmä: Kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimusta, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Suoninen 1999, 19.

Taso	Teoreettinen viitekehys ja käsitteet	Tutkimuskysymykset	Pääasiallinen tutkimusaineisto	Metodit
Ideologia	Asiantuntijuus Episteeminen yhteisö Eugeniikka Filantropia Kansanterveys Lastensuojelu Perhepolitiikka Pronatalismi Tieteentutkimus Väestöpolitiikka	Miten tutkimuskaudelle ominaiset nopeat yhteiskunnalliset, ideologiset ja lääketieteellisen tiedon muutokset vaikuttivat asiantuntijayhteisön näemyksiin lasten terveysneuvonnan tehtävistä? Mihin ryhmiin neuvontatyön tulisi kohdistua?	Ammattilehdistö Komiteanmietinnöt Sanomalehdistö Terveystieteiden vuosikertomukset	Kielellinen tarkastelu/analyysi
Instituutiot	Kansalaisjärjestöt Kansalaisyhteiskunta Kunnat Valtio Puolustusvoimat Välillinen hallinto	Miten lasten terveydenhuollon asiantuntijayhteisö syntyi, miten se verkostoitui ja mitkä olivat sen toimintamahdollisuudet? Miten ja kenen toimesta ja kenen maksamana lastenneuvolaverkostoa rakennettiin? Miten sodan aiheuttamat kriisivuodet vaikuttivat neuvolaverkoston rakentumiseen?	Elämäkerrat Järjestöarkistot Muistelmat Terveystieteiden vuosikertomukset	Verkosto-, elämäntietä-, instituutioanalyysi
Käytäntö - Ruohonjuuritason neuvolassa ja paikallisyhteisöissä	Luottamus Toimintatavat Vuorovaikutus	Miten lääketieteellisen tiedon kehittyminen vaikutti lastenneuvolatoimintaan? Miten terveydenhuollon ammattilaiset itse suhtautuivat omaan työhönsä? Miten väestö suhtautui lastenneuvoloihin?	Ammattilehdet Järjestöjen paikallisaristot Muistelmat Piirilääkäripiirin paikallisaristo Tilastot	Kvantitatiivinen ja vertaileva analyysi

Taulukko 2. Tutkimuksessa käytettyjen menetelmien ja aineistojen jaottelu tutkimuskysymysten mukaisesti.

Viranomaisten välinen ei-julkinen kirjeenvaihto selvittää asioita hoitavien henkilöiden näkökantoja ajankohtaisista kysymyksistä. 1830-luvulla laaditun ohjesäännön mukaan piirilääkärien vuosikertomusten piti väestö- ja sairastavuustilastojen lisäksi myös selvittää paikkakunnan elinkeinorakennetta, ilmasto-olosuhteita sekä väestön sivistystasoa ja mentaliteettia.¹⁴⁹ Vuosikertomusten taso ja sisältö vaihtelevat henkilöstä ja paikkakunnasta toiseen. Sota-aikana ja välittömästi sen jälkeen kertomuksia puuttuu useista piireistä ja kunnista useimmiten siksi, että viranhaltija oli sotapalveluksessa eikä viransijaista saatu. Tietyiltä paikkakunnilta vuosikertomusten tekstit ovat vuodesta toiseen lähes identtisiä, eli vanhaan pohjaan on vaihdettu vain uudet

¹⁴⁹ Etenkin 1800-luvun piirilääkärikertomuksia on käytetty runsaasti historian tutkimuksessa niiden monipuolisen sisällön vuoksi. Vuorinen 2006.

luvut. Kaikkea tapahtunutta ei välttämättä raportoitu. Ei myöskään ole varmuutta siitä, että lääkärit esittäisivät teksteissään todellisia mielipiteitään ja asenteitaan. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että sotavuosina kertomuksiin vuodattiin poikkeusajan tuomaa ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta. Jotkut piiri- ja aluelääkärit kertovat seikkaperäisesti alueensa tapahtumista esittäen mielipiteitään ongelmien ratkaisemiseksi, minkä vuoksi vuosikertomuksia voi mielestäni käyttää myös mielialojen ja mielipiteiden peilaamiseen. Koska vuosikertomukset ovat vailla retoriikkaa, jolla yritettiin vaikuttaa yleiseen mielipiteeseen, ne muodostavat mielenkiintoisen kontrastin etenkin järjestö- ja aikakauslehtien painotuksiin, jotka olivat selvästi tarkoitushakuisia. Kautta linjan on nähtävissä ”julkisten” ja ”yksityisten” tai epävirallisten tekstien välinen ero: sotavuosina niin yleinen paatoksellinen tyyli puuttuu tyystin viranomaisten toisilleen laatimista asiakirjoista.¹⁵⁰

Ammattilehtien¹⁵¹ anti on monipuolinen: on havainnollista nähdä, mitä missäkin lehdissä julkaistiin ja varsinkin, mitä ei julkaistu. Järjestötaustansa vuoksi propagandalehdistöksi luokiteltavat kansalaisjärjestö- ja terveysvalistuslehdet levisivät juuri niihin kansalaispiireihin, jotka olivat kotipaikkakunnallaan merkittäviä kansalaisvaikuttajia huolto- ja lastensuojelualalla.¹⁵² Näiden lehtien tarjonnasta voi päätellä, mitä aiheita valtionjohdossa pidettiin ajankohtaisina ja miten niitä tuli käsitellä. Siksi katson, että juuri järjestö- ja valistuslehtien sisältö ja tekstit olivat merkittäviä yleisen mielipiteenmuokkauksen kannalta. Tämä koskee luonnollisesti myös naistenlehtiä¹⁵³, jotka kuitenkin itsenäisempinä saattoivat vapaammin valita aiheensa. Sota-ajan sensuuri valvoi periaatteessa kaikkea lehdistöä, mutta valvonta oli ei-poliittisten kysymysten kohdalla vähäistä. Pikemmin voitaneen puhua ”it-sesensuurista”, kun lehdet artikkeleillaan pyrkivät luomaan yhtenäisyyttä ja tukemaan sotaponnisteluja myös siviilissä.¹⁵⁴

2. Minkälaisia instituutioita toiminnan ympärille rakentui?

Lasten terveysneuvontaa suunnittelivat ja organisoivat 1900-luvun alusta useat instituutiot.¹⁵⁵ Tarkastelen työssäni asiantuntijuuden syntymekanismeja eli koulutusjärjestelmän luontia, neuvonnasta vastaavien järjestelmien rakentumista aluksi kansalaisjärjestöjen piirissä ja myöhemmin julkisen hallinnon järjestelmässä.

¹⁵⁰ Kunnan-, alue- ja piirilääkärien vuosikertomukset. LKHV, KA. Aineistoon ei sisälly suurempien kaupunkien terveydenhoitolautakuntien kertomuksia, jotka ovat useamman henkilön laatimia ja joista puuttuu henkilökohtainen ote. kts. tarkemmin luku 5.3

¹⁵¹ *Suomen lääkäriliiton aikakauslehti, Duodecim, Finska läkaresällskapets förhandlingar, Suomen Sairaanhoidtajalehti, Epione.*

¹⁵² *Esim. Terveystieteiden lehti, Suomen Punainen Risti, Finlands Röda Kors, Lapsi ja Nuorisio.*

¹⁵³ *Kotiliesi, Toveritar.*

¹⁵⁴ Sota-ajan lehdistösensuurista kts. Rusi 1982.

¹⁵⁵ Instituutiot (sanakirjamääritelmä) ovat sosiaalisen järjestyksen ja yhteistyön rakenteita ja mekanismeja, jotka ohjaavat kahden tai useamman yksilön käyttäytymistä. Instituutiot muokkaavat ihmisten toimia ja tavoitteita, ja ne luovat ja pitävät yllä ihmisten yhteistoiminnan sääntöjä. Termiä ”instituutio” käytetään usein kuvaamaan yhteiskunnalle tärkeitä tapoja ja käyttäytymismalleja, mutta myös nimenomaisia hallituksen ja julkisen vallan organisaatioita. Järvelä, Marja, verkkolähde.

Suomessa lastenneuvolajärjestelmää oli rakentamassa samaa sukupolvea edustava pieni asiantuntijajoukko, episteeminen yhteisö, joka toimi tiiviissä yhteistyössä useita kymmeniä vuosia. Edellytyksenä toiminnan laajamittaiselle käynnistymiselle oli perustajahenkilöstön koulutus, joka hankittiin 1900-luvun ensi vuosikymmeninä pääsääntöisesti ulkomailta: Saksasta, Englannista ja Yhdysvalloista. Tarkastelen työssäni näiden avainhenkilöiden toimintaa elämänkulkuanalyysin avulla. Elämänkulun teoreettinen analyysikehikko on menetelmä, jonka avulla voi tutkia yksittäisten elämänkulkujen ja yhteiskunnallisen muutoksen välistä vuorovaikutusta.¹⁵⁶ Sukupolvi on osoittautunut tehokkaaksi historiallisen kehityksen ja muutoksen ymmärryksen apuvälineeksi. Työni kannalta oleellista on asiantuntijajoukon yhteinen sukupolvikokemus: Suomen itsenäistymisen alkuvuodet, jotka muokkasivat voimakkaasti tämän nationalistisesti suuntautuneen ryhmän ajattelu- ja toimintatapoja.¹⁵⁷

Toinen merkittävä seikka on asiantuntijajoukon verkostoituminen sekä kotimaassa että ulkomailla. Sosiaalisten verkostojen rakentumista voi tutkia joko yhteisön rakenteellisenä ominaispiirteenä tai yksilön näkökulmasta, jolloin tärkeää on se, millaisten verkostojen kautta ja miten ihminen kytkeytyy yhteisöön. Vertikaaliset verkostot ovat ominaisia perhe- ja sukulaisverkostoille. Horisontaalisten sosiaalisten verkostojen kautta yksilö taas kiinnittyy yhteiskuntaan, josta hän saa vaikutteita ja johon hän myös itse vaikuttaa.¹⁵⁸

Sosiaaliin verkostoihin liittyy kiinteästi sosiaalisen pääoman – luottamuksen ja vastavuoroisuuden – käsite.¹⁵⁹ Katson, että tällä lasten terveydenhuollon episteemisen yhteisön perustajaryhmän laajalla horisontaalisella, yhteiskunnallisella verkostoitumisella on ollut merkittävä lasten terveysneuvontaa edistävä merkitys. Lähtökohtana on toimijuuden periaate, joka tässä tapauksessa tarkoittaa ryhmän pyrkimystä asettaa tavoitteita ja organisoida toimintaa niiden saavuttamiseksi, kuitenkin yhteiskunnallisten rakenteiden luomissa puitteissa. Yhteiskunnalliset rakenteet voivat olla rajoittavia, määrittäviä ja pakottavia, mutta ne myös mahdollistavat ja ohjaavat toimintaa.¹⁶⁰

Asiantuntijoiden elämänkulkua, toimintaa ja keskinäistä verkostoitumista on mahdollista tutkia elämäkertojen¹⁶¹ ja muistelmien, mutta myös julkisen

¹⁵⁶ Kehikossa on viisi keskeistä elementtiä. Ensiksi, elämänkulku on nähtävä kokonaisuutena, koko elämän kestävä kumulatiivisena prosessina. Toiseksi, tiettyjen rajoitusten ja mahdollisuuksien puitteissa ihmiset itse ohjaavat ja säätelevät omaa elämäänsä. Kolmanneksi, ihmisen elämän kannalta ympäröivä yhteiskunta ja sen muutokset ovat keskeisiä. Neljänneksi: elämä eletään sosiaalisten suhteiden vastavuoroisissa verkostoissa. Viidenneksi, elämänkulun keskeisten siirtymien ajoitus on tärkeää ja aiheuttaa erilaisia seuraamuksia yksilön, perheen ja yhteisön ajassa. Häkkinen 2012, 378–380; Elder & Giele 2009, 9–15.

¹⁵⁷ Mannheim 1952; Virtanen 2001.

¹⁵⁸ Häkkinen 2012, 382–383.

¹⁵⁹ Sosiaalinen pääoma voidaan ymmärtää ”resurssina, joka rakentuu sosiaalisista verkostoista ja niiden organisoitumisen tavoista, luottamuksesta ja siihen kytkettävissä olevista normatiivisista säännöistä sekä vastavuoroisuudesta”. Häkkinen 2012, 383.

¹⁶⁰ Häkkinen 2012, 381.

¹⁶¹ Olen hyödyntänyt laajalti verkossa julkaistavaa Suomen Kansallisbiografiaa KB, joka on lähdeluettelossa sijoitettu omaksi ryhmäkseen ja järjestetty elämäkerran kirjoittajan mukaan.

hallinnon ja kansalaisjärjestöjen tuottaman arkistoaineiston pohjalta. Erityisen mielenkiintoiseksi nousee toisen maailmansodan aikainen asiantuntijoiden toiminta puolivaltioillisissa järjestöissä.¹⁶² Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunnan arkisto valottaa monipuolisesti sota-ajan terveydenhuollon asiantuntijoiden toimintatapoja ja verkostoja.

Neuvolaverkoston rakentumista ennen toista maailmansotaa voi seurata pääosin kansalaisjärjestöjen arkistoista. Näistä tärkeimmät ovat Mannerheimin lastensuojeluliitto ja Folkhälsan¹⁶³. Olen päättänyt tarkastelemaan järjestöpohjaista lastenneuvolajärjestelmän rakentumista kolmella alueella: Helsingissä, ruotsinkielisellä Pohjanmaalla ja Laatokan Karjalassa, Impilahdella. Alueet edustavat luonteeltaan toisistaan poikkeavia toimintatapoja ja täten täydentävät toisiaan. Helsinki toimii esimerkkinä kehittyneestä urbaanista yhteiskunnasta, ruotsinkielinen Pohjanmaa edustaa rintamaiden hyvinvoivaa ruotsinkielistä maaseutua ja Laatokan Karjala taas osittain kehitymätöntä rajaseutua. Toisen maailmansodan aikana ja myös sen jälkeen lastenneuvoloiden perustaminen oli ulkomaisen avun varassa, jolloin toimintaa hallinnoivat ensin Suomen Huollon terveydenhuoltotoimikunta ja sodan jälkeen vielä Ulkomaisen avun toimikunta.

3. Miten lastenneuvolat toimivat käytännössä?

Neuvoloiden käytännön toimintatapoihin voi perehtyä aina toiseen maailmansotaan saakka lähinnä järjestöjen toimintakertomuksista.¹⁶⁴ Tarkkoja lukuja lastenneuvoloiden lukumäärästä Suomessa on saatavissa vasta vuodesta 1940. Talvisodan jälkeen ammattilehtiin ilmestyi runsaasti artikkeleita neuvoloiden tehtävistä, ravitsemusohjeista, rokotuksista ja vitamiineista. Sortavalan piirilääkäripiirin arkisto vuosilta 1942–44 on työssäni toiminut parhaana lähteenä tutkiessani lastenneuvoloiden konkreettista toimintaa ja neuvolan työntekijöiden, erityisesti terveyssisarten suhtautumisesta työhönsä. Arkisto sisältää runsaasti sekä lääkärin että terveyssisarten kirjeenvaihtoa piirin johdon kanssa, toimintakertomuksia, tilastoja sekä myös neuvolakortteja.

Lastenneuvolan asiakkaiden, lasten itsensä ja heidän vanhempiensa suhtautuminen ja omat terveystietämykset eivät tämän tutkimuksen puitteissa tule kovin vahvasti esiin. Se vaatisi muistitietoaineistoa, jota aiheesta ei juuri ole kerätty. Ääni pilkahtaa joskus konkreettista neuvontatyötä tekevien henkilöiden kommenteista asiakirjoissa, kirjeissä, raporteissa ja muistelmissa. Olen jonkin verran hyödyntänyt Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran vuonna 1998 keräämää hoitoalan muistitietoa *Hoitotyön muistot*.¹⁶⁵ Lea Liuksialan

¹⁶² Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunta, SH, MMA; Mannerheimin lastensuojeluliitto, KA.

¹⁶³ Folkhälsanin vuosikertomukset, Ebr 3, LKHV, KA.

¹⁶⁴ Helsingin lastenneuvolatoiminnasta ennen toista maailmansotaa kts. Riihonen 2010.

¹⁶⁵ *Hoitotyön muistot* -keruukilpailu 1998. SKS – Kansanrunousarkisto. Kyselyyn saatiin 178 vastausta, näistä 18 ennen vuotta 1972 toimineilta terveyssisarilta. Sen sijaan olen jättänyt syrjään vuonna 1978 Museoviraston kyselyn 25: Lääkintää ja potilaita (kunnanlääkäri, diakonissa ja terveyssisar, kätilö, apteekkari, sairaala ja neuvolat). Kyselyn viimeisessä kohdassa sivuttiin lastenneuvoloita,

lensiaattityö vuodelta 1954, *Terveyssisarkunta ammatillisena instituutio-
na ja sen sopeutuminen ruraaliseen sosiaaliseen yhteisöön*, on tiettävästi
ainoa työ, jossa perheitä on haastateltu terveyssisarten työstä ja lastenneuvo-
loista.¹⁶⁶ Päätelmiä väestön suhtautumisesta lastenneuvoloihin ja lastenneu-
volan työntekijöiden vuorovaikutustaidoista voidaan siis tehdä lähinnä epä-
suorasti, pääosin terveyssisarten tekemien huomioiden perusteella. Neuvo-
loiden käyntilukuja puolestaan voidaan käyttää mittareina tämän Suomessa
vapaaehtoisena pysyneen toiminnan suosioista. Ulkomaisten tutkimusten
perusteella lastenneuvoloihin suhtauduttiin yleensä myönteisesti silloin, kun
ne koettiin kansalaisoikeudeksi.

Olen mahdollisuuksien mukaan hyödyntänyt sekä kotimaisia että kan-
sainvälisiä tilastoaineistoja. Valitettavasti Suomessa terveydenhuollon valta-
kunnallinen tilastointi oli sodan aikana ja sitä välittömästi seuranneina vuo-
sina puutteellista. Lääkintöhallituksen kertomus *Suomen virallinen tilasto
osa XI* jäi julkaisematta vuosina 1939–1951. Vuonna 1952 ilmestyi suppea
lääkintöhallituksen kertomus vuosilta 1939–1952, joka esitteli ylimalkaisesti
terveydenhuollon tilastot pitkältä ja tapahtumarikkaalta ajanjaksolta. Väes-
tötilastointi sen sijaan oli ajan tasalla: sodanaikainen sota- ja siviilikuollei-
suus kiinnostivat viranomaisia. Kvantitatiivista aineistoa oli siis saatavilla
valtakunnallisista väestönmuutoksista, kuten syntyneisyydestä ja eri ikä-
luokkien kuolleisuudesta sekä kuolinsyistä. Kuolleisuusluvut ovat todennä-
köisesti melko tarkkoja; sen sijaan sairastavuudesta ei ole olemassa luotetta-
via tilastoja. Periaatteessa piirilääkärien oli kerättävä alueeltaan tiedot tar-
tuntataudeista, jolloin oltaisiin selvillä epidemiatilanteesta. Lievemmat sai-
raustapaukset eivät kuitenkaan tulleet lääkäreiden tietoon eikä diagnostiikka
aina ollut tarkkaa. Lääkintöhallituksen aikaisemmin julkaisemia piirilääkäri-
kohtaisia terveystietoja ei myöskään ole tutkimusajalta saatavana koottuina,
vaan ne on tarvittaessa pitänyt kerätä yksittäisistä piirilääkärien vuosikerto-
muksista.

Näin ollen koko tutkimusaikakauden terveystietojen analysoiminen kvan-
titatiivisesti on epätarkkaa ja lukuihin on suhtauduttava varauksin. Käytän
kuitenkin imeväiskuolleisuutta koko työni läpi eräänlaisena mittakeppinä
lasten terveydentilasta. Luku ilmaisee kalenterivuonna alle yksivuotiaina
kuolleiden lasten osuutta kaikista elävänä syntyneistä promilleina. Tunnus-
luku ei kuitenkaan ole aivan tarkka, sillä osa kuolleista imeväisistä on synty-
nyt edellisen vuoden aikana. Näin esimerkiksi talvisodan keväänä 1940 ime-
väisten kuolleisuus oli tavattoman suuri, mutta suuri osa kuolleista oli synty-
nyt vuoden 1939 aikana. Kuolleisuuslukua kasvatti vielä vuoden 1940 matala
syntyvyys. Luku reagoi nopeasti ympäristöolosuhteiden kuten sanitaation,
epidemia- ja ravitsemustilanteen muutoksiin.¹⁶⁷ Imeväiskuolleisuus antaa

mutta alustavan 30 vastauksen otoksen perusteella totesin, että kysymykseen ei yleensä ollut vastattu
tai sitten hyvin ylimalkaisesti, minkä vuoksi en ottanut kyselyä mukaan tutkimukseeni.

¹⁶⁶ Liuksiala tarkemmin luvussa 7. Työn alkuperäisaineisto ei valitettavasti ole säilynyt. Kaisa Kaura-
nen, henkilökohtainen tiedonanto 20.4.2012.

¹⁶⁷ Imeväiskuolleisuuden konstruktiosta enemmän luvussa 2.

kohtalaisen hyvän käsityksen pienten lasten terveydentilasta. Aikalaiset tekivätkin johtopäätöksiä lapsiin kohdistuvien erilaisten toimenpiteiden tehosta seuraamalla tarkasti luvun muutoksia.¹⁶⁸

Työn rakenne

Väitöskirjani koostuu kolmesta kronologisesti toisiaan seuraavasta kokonaisuudesta. Ensimmäinen osa, *Lapsikin on kansalainen. 1904–1939*, päättyy talvisodan aattoon, johon mennessä kansanterveys ja erityisesti lasten terveys olivat nousseet valtiollisiksi kysymyksiksi. Osa alkaa taustoittavalla luvulla, jossa tarkastelen lasten terveysneuvonnan syntyyn vaikuttaneita yhteiskunnallisia ja ideologisia tekijöitä 1900-luvun alusta 1930-luvulle, sekä lastentautien episteemisen yhteisön kehittymistä ja verkostoitumista pääosin filantrooppisten lastensuojelujärjestöjen piirissä. Toinen luku ajoittuu 1930-luvun loppuvuosiin, jolloin ajatus valtiollisesta terveyspolitiikasta alkoi hahmottua punamultahallituksen komiteatyöskentelyn seurauksena. Luvun teemana on uuden kansanterveysliikkeen muodostuminen, joka syntyy äitiys- ja lastenhuollon sekä tuberkuloosihuollon asiantuntijayhteisöjen yhdistäessä voimansa.

Toisen osan, *Sotavuodet murroksena. 1939–1944*, olen jakanut temaattisesti kolmeen lukuun. Aluksi tarkastelen sotavuosien institutionaalisia ja ideologisia muutoksia, joista tärkeä oli puolivaltiollisen terveydenhuollon asiantuntijaorganisaation syntyminen evakuoitujen väestön huoltoa varten. Talvisotaan liittyneet evakuoinnit toivat yleisön tietoisuuteen yhteiskunnalliset epäkohdat lasten terveydenhoidossa. Raskaat miestappiot rintamalla ja Suomen häviö sodassa nostattivat vahvan väestöpoliittisen liikkeen, jonka seurauksena äitiys- ja lastenneuvoloita ja terveyssisaria koskeva lainsäädäntö onnistuttiin viemään läpi jo sota-aikana. Toiseksi analysoin sodan vaikutusta lasten terveyteen ja terveydenhuollon käytäntöihin lääkäreiden kirjoittamien tekstien pohjalta. Viimeinen luku on paikallistutkimus Laatokan pohjoispuolella sijaitsevan Sortavalan piirilääkäripiirin toiminnasta vuosina 1941–1944. Keskeisenä aiheena on paikallisen terveydenhuollon asiantuntijayhteisön ideologia ja työnjako. Piirin voi käsittää eräänlaiseksi uuden terveydenhuoltojärjestelmän koelaboratorioksi, jonka kokemuksia ja uusia käytäntöjä hyödynnettiin myöhemmin muualla Suomessa jälleenrakennuksen vuosina.

Viimeinen osa, *Vakiintumisen aika. 1944–1955*, keskittyy jälleenrakennuksen vuosiin, jolloin neuvolatoiminnasta muodostui olennainen osa Suomen perusterveydenhoitojärjestelmää. Luvun keskeisenä teemana on terveystaloverkoston rakentaminen, johon saatiin merkittävää apua ulkomaisista lahjoituksista. Aikakauden loppuun mennessä neuvoloiden käytännöt ja työnjako olivat vakiintuneet, ja neuvolalaitos oli asettunut perusterveydenhuollon luontevaksi osaksi. Neuvolaverkoston aktiiviset pystyttäjät löysivät

¹⁶⁸ Esim. Salmi 1944. Imeväiskuolleisuuslukuja pidetään edelleen hyvänä mittarina sosiaaliselle hyvinvoinnille, mikäli tarkemmat tilastot puuttuvat. Reidpath and Allotey 2003; *Suomen väestö* 2007, 30.

uusia asiantuntijatehtäviä kansainvälisissä järjestöissä, etenkin WHO:ssa, Maailman Terveysjärjestössä, josta tuli johtava lasten terveydenhuollon epis-
teemisen yhteisön keskus.

LAPSIKIN ON KANSALAINEN. 1904–1939.

Tässä osassa analysoidaan lasten terveysneuvonnan kehityskaarta 1900-luvun alusta aina toisen maailmansodan kynnykselle. Toiminta nähtiin aluksi lastensuojeluna, jossa ensimmäiset neuvonnan kohteet olivat kaupunkien haavoittuvimmassa asemassa olevat lapset, ja 1930-luvun loppupuolella terveysneuvonta koettiin jo osaksi kansanterveystyötä. Lasten terveysneuvonnan ideologisenä edellytyksenä oli lasten aseman muuttuminen, jonka seurauksena lapset alettiin nähdä valtion erityisessä suojelussa olevina kansalaisina. Lastentautioppi lisäsi tietämystä lasten kehityksestä ja erityistarpeista.

Luvun kaksi pääpaino on lasten terveysneuvonnan ideologisten perusteiden ja institutionaalisen kehityksen analyysissa. Luvun taustoittavassa alkuosassa seurataan lastentautien kehittymistä omaksi erikoisalakseen sekä kansainvälisen ”lastenpelastamisliikkeen” syntyä 1800-luvun lopulla. Lasten terveydenhuollon saksalaisia perinteitä ja eugeenista ideologiaa analysoidaan Arvo Ylpön kokemusten ja kirjoitusten kautta. Anglosaksinen lasten neuvontatyön traditio heijastui etenkin terveyssisarten koulutuksessa.

Suomessa lasten terveysneuvonta kehittyi itsenäistymisen jälkeen osana lastensuojelun järjestötoimintaa eliitin isänmaallisena liikkeenä, jonka toimintaa valtio kuitenkin tuki. Siitä tuli osa välillistä hallintoa, joka ei ollut demokraattisen kontrollin alla. Lasten terveydenhuollon laajasti verkostoitunut episteeminen yhteisö syntyi koulutuksen ja järjestötoiminnan kautta lastensuojelujärjestöissä.

Luvun kolme perusteena on lasten terveysneuvonnan kehittyminen osaksi kansanterveystyötä. Tavoitteena oli toiminnan laajeneminen koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä lapsia. Samalla tapahtui neuvontatyön monipuolistuminen tuberkuloositarkastusten ja laajentuneen ravitsemusneuvonnan myötä. 1930-luvun laman jälkeisessä Suomessa siirryttiin yövartijavaltiota sosiaalivaltion aikakauteen, jolloin valtion ohjaustehtävä ja velvollisuudet kansalaisiaan kohtaan nähtiin uudessa valossa. Väestökysymykset ja maaseudun jälkeenjääneisyys vaikuttivat vahvasti poliittisen toiminnan taustalla. Lisääntyvä kansainvälistyminen heijastui orastavassa hyvinvointilainsäädännössä, vaikutteita saatiin sekä Kansainliitolta että muista pohjoismaista. Lastenneuvoloiden toimintamahdollisuudet poikkesivat kuitenkin toisistaan eri osissa Suomea.

2 Imeväiskuolleisuus sosiaalisen edistyksen mittarina

Pienten lasten kuolleisuus on vaihdellut suuresti eri kulttuureissa ja paikkakunnilla ja eri ajanjaksoina. Se on ollut riippuvainen ruokintaperinteistä, ilmastosta, hygieenisistä tottumuksista, kulkutaudeista ja luonnollisesti elintästä.¹⁶⁹ On väitetty, että imeväisten suureen kuolleisuuteen on suhtauduttu fatalismilla ja että pienten lasten menetystä ei ole murehdittu, vaan sitä on pidetty luonnollisena, joskus jopa toivottuna.¹⁷⁰ Myös vastakkaisia väitteitä on esitetty: lapsia rakastettiin, heistä yritettiin pitää mahdollisimman hyvää huolta ja heidän kuolemansa surtiin.¹⁷¹ Philippe Arièsin mukaan 1600–1700-luvulla tapahtui muutos suhtautumisessa lapseen, jolloin lapsuus ikään kuin löydettiin ja lapsi alkoi nousta esiin omana persoonanaan.¹⁷² Muutos lapsen arvostuksessa oli edellytyksenä sille, että lasten suureen kuolleisuuteen alettiin kiinnittää yhteiskunnan taholta huomiota.¹⁷³ Kehitykseen, tieteeseen ja ihmisarvoon uskovana valistusaikana kasvoi käsitys lapsesta itsenäisenä olentona, jonka tärkein fysiologinen ominaisuus on kyky kasvaa ja kehittyä. Naisten valtakuntaan perinteisesti kuuluneet synnytys ja lastenhoito alkoivat kiinnostaa lääketiedettä. Luonnontieteiden kehittymisen myötä äidinmaidon koostumus alkoi selvitä, jolloin valistuksen aikakaudella suosituksi tulleet lastenhoidon opaskirjat saattoivat perustaa väitteensä äidinmaidon terveellisyydestä myös tieteeseen.¹⁷⁴

Merkantilistisessa talousjärjestelmässä valtion vahvuus nähtiin sen väestön määrässä. Väestön tilastointi nosti näkyville korkean imeväiskuolleisuuden aiheuttaman tuhlauksen, johon alettiin puuttua väestöpoliittisin toimin. Ruotsissa valtion kiinnostus lasten hyvinvointiin ilmeni vuonna 1748 Taulustolaitoksen perustamisena.¹⁷⁵ Valistusaikaan liittyy myös Foucault'n termiä käyttäen biopolitiikan kasvu, jolloin lääkäreiden asema valtiovallan biopolitiittisina asiantuntijoina kasvoi.¹⁷⁶

Ruotsin ”lastentautien isä” lääkäri Nils Rosén von Rosenstein (1706–1773), joka toimi tärkeässä asemassa valtiovallan neuvonantajana, kuvitteli optimistisesti, että väestön kuolleisuus voitaisiin puolittaa parantamalla terveydenhuoltoa. Hän julkaisi vuonna 1765 laajan, yli 500-sivuisen lastentautien oppikirjan *Underrättelse om Barns Sjukdomar och deras Bote-Medel*,

¹⁶⁹ Rollet 1997. Sekä Ruotsissa että Suomessa imeväiskuolleisuuden tason määritti pitkälle, imetetäinkö lasta vai ei. Turpeinen 1987 ja Brändström 1984 passim.

¹⁷⁰ Woods 2003; Pitkänen 1983.

¹⁷¹ Pollock, 1988; Moring 1993.

¹⁷² Ariès 1996 [1960]. Kts. myös Rahikainen 2013.

¹⁷³ Rollet 1997; Cunningham 1995, 5–17, 134–137.

¹⁷⁴ Morel 1991; Porter, Roy 1999, 273–274; Brändström 1984, 42.

¹⁷⁵ Johannisson 1988, 323–327; Rosen 1958, 148–149; Nieminen 1999, 8–11.

¹⁷⁶ Foucault 1994, 90–105, 134–156.

joka käännettiin useille kielille, muun muassa englanniksi jo vuonna 1776.¹⁷⁷ Kätilökoulutuksen tehostaminen oli keino, jolla lähdettiin torjumaan äitien ja vastasyntyneiden kuolleisuutta.¹⁷⁸ Perheitä tuettiin myös veropolitiikalla. Vuonna 1770 myönnettiin verohelpotusta perheille, joissa oli vähintään neljä elävää lasta, kunnes nuorin lapsista täyttäisi kahdeksan vuotta.¹⁷⁹

Lasten kuolleisuuden havaittiin olevan tavattoman runsasta etenkin Suomessa, minkä selitettiin johtuvan pikkulasten huonosta hoidosta ja väärästä ruokinnasta. Pohjanmaalla lapsia ei perinteisesti imetetty, vaan heille annettiin lehmänmaitoa sarven avulla. Sen seurauksena alle vuoden ikäisistä saattoi kuolla joka kolmas. Lastenhoitotraditiot eivät kuitenkaan tuntenee kansallisia rajoja: sarviruokinta oli yleistä kummallakin puolella Pohjanlahtea.¹⁸⁰ Ensimmäiset suomenkieliset lastenhoito-ohjeet annettiin vuoden 1756 suomalaisen almanakan kirjoituksessa *Muistutus Yhteiselle-Cansalle, että tarkimman waarin pitää hengestänsä ja terweydestänsä, cuin enimiten tapahtu*. Hoito-oppaissa painotettiin erityisesti imetyksen tärkeyttä.¹⁸¹ Terveysvalistajana tunnettu Elias Lönnrot julkaisi vuonna 1860 *Suomen Julkissa Sanomissa* lastenhoidosta kirjoitussarjan, jossa hän moraalisisista syistä tuomitsi jyrkästi keinoruokinnan.¹⁸²

*Muutamain paikoin Pohjanmaalla äiti tawallisesti ei ollenkaan ruoki lastansa rinnalla, waan sarwesta. Se on julma, luonnoton ja kokonansa hyljättävä tapa, ja syntiä tekee tietien tahi tietämättänsä jokainen äiti, joka sitä tapaa ilman täytymättä noudattaa. Eikä sekään asiata paranna, että tietään niin enneki tehdyksi, sillä syntiä ovat silloinki tehneet. Syntiä on kaikki, mitä tehdään Jumalan käskyä ja säätämistä vastoin, ja sitäpä ei tyhminkään epäille, että Jumala on säätänyt äidin lapsensa imettäjäksi. Sitä varten äiti on rinnat ja maitoa rintoihin saanut. Sen jo luulisi yksinkertaisimmankin ymmärtävän; ymmärtävätpä sen kaikki järjettömät luontokappaleetki.*¹⁸³

Tärkeän sysäyksen lastentautien kehitykselle lääketieteen erikoisalana antoi Ranskan vallankumous, jonka peruseriaatteisiin kuului valtion velvollisuus huolehtia kansalaistensa terveydestä. Pariisin isot sairaalat muuttuivat valtion kontrolloimina kliinisen havainnoinnin, lääketieteen opetuksen ja kokeellisen tutkimuksen laboratorioiksi. Potilaan kliininen tutkimus yhdistettiin mittauksiin ja ruumiinavauksiin. Tuloksia vertailtiin ja näin voitiin vetää pitemmälle meneviä johtopäätöksiä sairauksien luonteesta. *Methode anatomie*

¹⁷⁷ Dunn 1991, 1171–1172; Morel 1991; Johannisson 1988, 323–330; Brändström 1984, 39–40.

¹⁷⁸ Kätilöiksi aikoville alettiin antaa järjestettyä opetusta Tukholmassa vuodesta 1706 lähtien. Koulutusta lähdettiin tehostamaan 1750-luvulla, jolloin myös Suomesta lähetettiin naisia kätilöoppiin Tukholmaan. Vainio-Korhonen 2012; Forsius 2013. Verkkolähde.

¹⁷⁹ Brändström 1984, 42; Forsius 2004. Verkkolähde. Lastenhoitokirjasista katso myös Bergman, 1993, 34–60.

¹⁸⁰ Edvinsson et al. 2008; Maitosarvet kts. Kansallismuseo: Kuukauden esine - Marraskuu 2005. Maitosarvi ja sarvenrenki. Verkkolähde.

¹⁸¹ Forsius 2004. Verkkolähde.

¹⁸² Lönnroth, Elias: Minkätähden kuolee niin paljo lapsia ensimmäisellä ikävuodellansa? *Suomen julkisia sanomia* 1-4/1860. (Julkaistu myös vuonna 1865 suomenkielisessä Almanakassa).

¹⁸³ Lönnroth 1860.

co-clinique oli paradigman muutos, jonka seurauksena siirryttiin pois oireiden kuvaamisesta kudosten patologisten muutosten analysointiin. Valtavat sairaalakompleksit mahdollistivat toiminnan suuressa mittakaavassa, jolloin löydöksistä voitiin tehdä myös tilastollisia päätelmiä.¹⁸⁴ 1800-luvun alussa Pariisiin perustetussa lastensairaalassa tehtiin myös imeväisille ruumiin-avauksia. Pienten lasten normaalikasvun kannalta punnitukset ja mittaukset olivat oleellisia: esimerkiksi Pariisin *Maternité*-synnytysairaalassa keskimääräinen syntymäpaino määritettiin punnitsemalla 7000 vastasyntynyttä lasta vuosien 1802 ja 1806 välillä.¹⁸⁵

Terveiden lasten kehityksen seurannan ja hoidon neuvonnan alku voidaan sijoittaa 1850-luvulle, jolloin Alfred Donnée tieteellistä lastenhoitoa käsittelevässä kirjassaan korosti lääkärin lääketieteellistä vastuuta sekä äidistä että lapsesta. Hän painotti säännöllistä imetystä ja hygieniaa sekä suositteli imeväisten punnitusta 2–4 viikon välein. Ylempien yhteiskuntaluokkien äidit saattoivat turvautua lastenhoito-oppaiden ja perhelääkäreiden tieteellisiin lastenhoitoneuvoihin.¹⁸⁶ 1890-luvulla lasten terveyden ja hyvinvoinnin mitapuuna toimivat kasvukäyrät olivat jo rutiinikäytössä Ranskassa.¹⁸⁷

Seuraava edistysaskel, bakteriologinen vallankumous 1880-luvulla, auttoi selittämään useiden sairauksien spesifin etiologian eli aiheuttajan ja myös sen, miksi esimerkiksi maito tuntui aiheuttavan niin paljon infektioita. Oppi bakteerien merkityksestä ei kuitenkaan tuonut suuria muutoksia aikaisempiin käytäntöihin, sillä jo aikaisemmin vallinnut *miasma*-oppi, jonka mukaan taudinaiheuttajat syntyvät liasta, korosti hygieniaa lastenhoidossa.¹⁸⁸ 1800-luvun keinot imeväiskuolleisuuden laskemiseksi liittyivät lähinnä hygieniaan ja ravitsemukseen, eivät lääketieteellisten hoitojen kehittymiseen. Stephen Kunitzin mukaan 1800-luvun epistemilogisen vallankumouksen seurauksena opittiin tuntemaan sairauksien patofysiologiaa eli syntymekanismia, mutta ei kuitenkaan vielä osattu kehittää hoitomenetelmiä, joilla olisi ollut väestötasolla merkitystä.¹⁸⁹

Vaikka imeväisten korkea kuolleisuus oli ollut kiinnostuksen kohteena jo vuosisatoja, kehittyi sitä kuvaileva käsitteistö vasta 1800-luvun puolivälistä lähtien tilastoinnin tarkennuttua. Englannissa vuodesta 1834 lähtien kaikki kuolintapaukset oli rekisteröitävä, ja vuonna 1841 kuolinsyyt luokiteltiin ensimmäisen kerran iän mukaan. Vuonna 1857 alettiin tilastoida alle yksivuotiaana kuolleet, mutta vasta 1877 lähtien luku raportoitiin imeväiskuolleisuutena¹⁹⁰. Käsitteen ilmaantuminen tilastointiin heijasti yhteiskunnan herää-

¹⁸⁴ Ackerknecht 1982, 145–154; Waddington 2011, 110–115.

¹⁸⁵ Weaver 2010, 35.

¹⁸⁶ Weaver 2010, 38.

¹⁸⁷ Weaver 2010, 46.

¹⁸⁸ Vuori 1979, 265–266.

¹⁸⁹ Kunitz 1991. Varsinainen ”terapeuttisen vallankumouksen” alkaminen ajoittuu 1930-luvun loppuun, jolloin muun muassa ensimmäinen mikrobilääke, sulfa, tuli markkinoille.

¹⁹⁰ Suomen ensimmäisessä tilastollisessa vuosikirjassa vuonna 1879 taulukossa 9 jaoteltiin kuolleet ikäryhmiin, joiden suhteellinen kuolleisuus ilmoitettiin kaikkiin kuolleisiin nähden. Näin laskettuna alle yksivuotiaiden suhteellinen kuolleisuus vuonna 1877 oli 25 prosenttia. *Suomenmaan tilastollinen vuosikirja 1878*, 10.

mistä lasten korkeaan kuolleisuuteen, mutta David Armstrongin mukaan vielä tärkeämpää oli, että imeväisikä alettiin tunnustaa omaksi ikäkaudekseen. Vuonna 1906 George Newman, Britannian tuleva terveysministeriön ylilääkäri, julkaisi vaikutusvaltaisen teoksen *Infant Mortality: a Social Problem*, jossa hän totesi korkean imeväiskuolleisuuden olevan suuri sosiaalinen ongelma, jolla on kansallista merkitystä. Lastenhoito siirtyi näin perheen piiristä julkisen tarkastelun ja arvioinnin piiriin. Lastenhoidon neuvonnan lisäksi yleisellä tasolla alettiin nähdä, että asuminen, ravitseminen, hygienia ja köyhyys olivat tekijöitä, joihin vaikuttamalla myös kuolleisuutta voitaisiin alentaa.¹⁹¹ Imeväiskuolleisuus muuttui alun biologisesta ja väestötieteellisestä termistä enenevässä määrin sosiaalisesti käsitteeksi ja sivistyksen mittapuuksi.

2.1 Lääkärit ja naisliike liittoutuvat

1860-luvulla tietoisuus korkeasta imeväiskuolleisuudesta nousi erityisesti teollistuvissa maissa. Yhteiskunnan modernisoituminen, teollistuminen ja vanhojen yhteiskuntarakenteiden murtuminen nostivat sosiaaliset ongelmat näkyville. Monissa suurkaupungeissa imeväiskuolleisuus lähti nousuun, ja jopa 20–30 prosenttia lapsista saattoi menehtyä ennen ensimmäistä ikävuottaan. Berliinissä tilanne oli erityisen vaikea: imeväiskuolleisuus nousi 1870-luvun alussa 400 promillen tasolle ja laski vasta vuoden 1895 jälkeen 200 promilleen.¹⁹²

Lapsen arvo nousi keskustelunaiheeksi. Moraaliset ja uskonnolliset näkökulmat väistyivät pragmaattisten tieltä. Eikö lapsi ollut arvokas paitsi vanhemmilleen myös valtiolle? Lasten kasvattaminen oli kallista, se vaati aikaa, energiaa ja rahaa. Eikö lapsen kohdistettu sijoitus pitäisi saada tuottavaksi? Lasten kuolemat tuntuivat vieläkin turhemmalta, kun lääketieteen kehittämisen myötä alettiin nähdä, että niitä voitiin välttää. Väestöpoliittiset painotukset lisääntyivät vuosisadan vaihteeseen mennessä nousevan nationalismin ja imperialismien myötä. Ranskassa korostettiin määrällistä näkökulmaa matkan syntyvyyden vuoksi. Voimakkaan maahanmuuttoliikkeen Uudessa Seelannissa ja USA:ssa painottuivat laadulliset ja sosiaaliset kysymykset. Vuosisadan vaihteessa syntyvyyden lasku aiheutti syvää huolestuneisuutta, ja ajatukset degeneraatiosta sekä länsimaisen maailman perikadosta korostuivat. Eugeneinen liike painotti ”perinnöllisesti epäkelvon aineksen” syntyvyyden rajoittamisen lisäksi myös positiivisia, äitien ja lasten terveyttä edistäviä toimenpiteitä laadullisesti paremman väestön lisäämiseksi. Vahvistuva naisliike otti ohjelmaansa naisten ja lasten terveyden parantamisen ja yhdisti usein voimansa poliittisesti laidasta laitaan.¹⁹³

¹⁹¹ Armstrong, 1986; Imeväiskuolleisuuskäsitteen historiasta kts. myös Brosco 1999.

¹⁹² Rollet 1997; Stöckel 2002, 602.

¹⁹³ Rollet 1997, 48–51; Porter, Roy 1999, 640–641.

Lääkäreistä tuli asiantuntemuksensa perusteella avaintekijöitä: he toimivat tärkeinä painostusryhminä sosiaalipolitiikan alalla sekä myös perheiden valistajina ja opettajina.¹⁹⁴ 1800-luvun loppupuolelle ajoittui myös lastentautien eriytyminen omaksi lääketieteen erikoisalakseen. Osana kansainvälistä ”lasten pelastusliikettä” (*child saving*) nähtiin vuosisadanvaihteessa lääkäreiden ja filantrooppisten naisyhdistysten välillä monenlaisia liittoutumia, joiden tavoitteena oli parantaa työväenluokan imeväisten terveydentilaa, ja joita paikalliset julkiset elimet usein tukivat. Käytännön toteutukset vaihtelivat maasta toiseen.¹⁹⁵ Kahtena peruslinjauksena voidaan nähdä ranskalainen lääkäriveraltainen ja englantilainen hoitajavaltainen neuvontatyö.

Lasten terveysneuvonnassa toimi edelläkävijänä Ranska, jossa jo 1800-luvun alussa oli ollut matala syntyvyys ja korkea imeväiskuolleisuus.¹⁹⁶ 1800-luvun keskivaiheilla keskiluokasta alkanutta lastenhoidon neuvontaa on pidetty merkityksellisenä, sillä se lisäsi osaltaan kiinnostusta lapsiin ja nosti lastenhoidon arvostusta, vaikka varsinaista lääketieteellistä apua ei vielä olikaan ollut tarjolla. Matala syntyvyys ja sodat ensin Preussia vastaan 1870–71 sekä ensimmäinen maailmansota valtavine menetyksineen nostattivat 1900-luvun alussa Ranskassa puoluerajat ylittävän pronatalistisen liikkeen (*puériculture*).¹⁹⁷ 1890-luvulla kehitettiin lastenlääkäri Pierre Budinin aloitteesta *goutte de lait* eli maitopisaratoimintaa: köyhiin kaupunginosiin sijoitetuilla Maitopisara-aseteilla jaettiin steriilejä maitoseoksia äideille, jotka eivät syystä tai toisesta voineet imettää. Maidonjakeluun yhdistettiin myös lääkärintarkastuksia ja lastenhoidonneuvontaa, joka johti nopeaan imeväiskuolleisuuden laskuun. Lääkärikeskeisessä toiminnassa ei tehty kotikäyntejä. ”Maitopisara-aate” levisi useisiin maihin, joissa sitä organisoivat filantrooppiset naisyhdistykset.¹⁹⁸ Ensimmäinen maitopisarayhdistysten kansainvälinen kokous *Congrès International des Gouttes de Lait* pidettiin Ranskassa vuonna 1905. Jo tällöin oli alkanut käydä selväksi, että lasten terveysneuvonta oli tehokas ja taloudellinen tapa alentaa imeväiskuolleisuutta.¹⁹⁹

Iso-Britanniaan ei maitopisara-aate koskaan juurtunut, sillä jo 1860-luvulta alkaen *visiting ladies* eli vapaaehtoistyötä tekevät keskiluokkaiset naiset vierailivat työväestön kodeissa jakamassa neuvoja lastenhoidossa. Toiminta ammatillistui ja siirtyi vähitellen koulutetuille sairaanhoitajille ja kättilöille. Iso-Britanniassa oli siten vahva sosiaalisen sairaanhoidon perinne, josta myös suomalaiset sairaanhoitajat Sophie Mannerheimista alkaen saivat vaikutteita.²⁰⁰ Vuosina 1899–1902 käyty Buurisota aloitti brittiläisen impe-

¹⁹⁴ Rollet 1997, 42.

¹⁹⁵ Rollet 1997, 43–49; Ruotsi Weiner 1995.

¹⁹⁶ Ranskassa syntyvyys alkoi laskea 1800-luvun alussa, noin 70 vuotta ennen muita Länsi-Eurooppalaisia maita. Imetys ei ollut yleistä, mikä oli tärkeä syy korkealle kuolleisuudelle. Wrigley 1985.

¹⁹⁷ Ranskan väestöpoliittinen lainsäädäntö ja tukitoimet perheille olivat jo varsin kehittyneitä ennen toista maailmansotaa. Huss 1990, 39–68; Morel 1991, Rollet 1997.

¹⁹⁸ Weaver 2010, 46–47; Rollet 1997, 47; Shvarts 2000. Toiminta levisi laajalle, muun muassa Lähi-Itään. ”Maitopisara” on useissa maissa edelleen yleisnimitys lastenneuvoloille.

¹⁹⁹ Meckel 1990, 106–107.

²⁰⁰ Anglosaksisten maiden kotikäyntiperinteestä Davies 1988.

riumin maissa lasten hyvinvointiliikkeen, sillä Englannissa jopa kolmannes sotamiehistä todettiin kutsunnoissa palveluskelvottomiksi. Kansallisen tehokkuuden nimissä alettiin lisätä odottavien äitien ja lasten terveysterveysta perustamalla neuvonta-asemia. 1900-luvun alussa toiminta oli jo laajalle levinnyttä.²⁰¹

Kaksi perinnettä, lääkärikeskeiset Maitopisara-asemat ja sairaanhoitajien suorittamat kotikäynnit toimivat esimerkkinä muille maille, jotka sitten muokkasivat lastenhoidonneuvontaa omiin olosuhteisiinsa soveltuviksi.²⁰² Lasten terveysterveysta oli alkuvuosina useimmiten suunnattu kaupunkien työväestöön, usein vielä sen köyhimpään osaan eli yksinäisin äiteihin, jotka eivät työssäkäynnin vuoksi voineet imettää lapsiaan. Neuvontatyössä ei ollut pelkästään kyse auttamisesta, vaan sillä oli myös holhoava ja valvova tehtävä: apuun ja neuvoihin oli liitetty velvollisuus toimia ohjeiden mukaan, joiden noudattamista valvottiin kotikäynneillä. Neuvolapalveluiden käyttöä saatettiin kannustaa imetyspalkkioilla, maidon ja hedelmien sekä vauvanvaatteiden jakelulla. Lastenneuvolat olivat toisaalta pakollisia vain lastensuojeluviranomaisten valvonnassa oleville aviottomille äideille ja kasvattivanhemmille. Jos perheillä oli varaa maksaa itse lääkärinpalkkiot, saivat he tarvittavan lastenhoidonneuvonnan yksityislääkäreiltä. Norjalaisen sosiaalipolitiikan tutkijan Anne-Liese Seipin mukaan 1900-luvun alussa pikkulasten hoidon katsottiin olevan perheiden yksityisasiä, johon valtion ei kuulunut puuttua.²⁰³

Maitopisarayhdistys Suomessa neuvolatyön pioneerinä

Lastenneuvolatoiminta käynnistyi Suomessa 1900-luvun alussa Maitopisara-aatteen piirissä. Terveysterveysta, hygieniäopetusta ja ohjausta pienten lasten hoidossa annettiin myös monien järjestöjen ja julkaisujen kautta.²⁰⁴ Suomessa imeväiskuolleisuuden torjunta yhdistyikin 1800–1900-luvun vaihteeseen sijoittuvaan yleiseen hygieniaprojektiin, jota on kattavuudeltaan verrattu lukutaitokampanjaan.²⁰⁵

Asiantuntijoiden keskuudessa, erityisesti Suomen lääkäriseurassa (*Finska Läkaresällskapet*) korkeasta imeväiskuolleisuudesta ja sen torjumisesta oli kuitenkin keskusteltu jo 1870-luvulta lähtien. Vuonna 1889 seuran lehdessä ilmestyi lääkäri F.W. Westerlundin palkittu, yli satasivuinen, värillisin kartoin varustettu tutkimus imeväiskuolleisuudesta Suomessa vuosina 1872–1886.²⁰⁶ Westerlundin mukaan kuolleisuus oli seurausta monista tekijöistä, jotka suorasti tai epäsuorasti vaikuttivat vanhempien kykyyn huolehtia lapsistaan. Näitä olivat esimerkiksi sivistystaso, elintaso, lastenhoitotavat, kato- vuodet, sodat, sairaudet, aviottomuus ja kaupunkilaisuus. Vuosina 1872–

²⁰¹ Rollet 1997, 47; Niemi 2007; Dwork 1987; Marks 1996; Bryder 2003.

²⁰² Finkelstein 1905, 1–4; Rollet 1997, 46–48.

²⁰³ Finkelstein 1905, 1–4; Seip 1987; Stöckel 2002, 605.

²⁰⁴ Martta-liitto, kts. Ollila 1993, Sosialidemokraattiset naiset, kts. Lähteenmäki 2000.

²⁰⁵ Harjula 2007, 27.

²⁰⁶ Imeväiskuolleisuudesta laatimat kartat toivat Westerlundille kultamitalin Pietarin hygieenisessä näyttelyssä vuonna 1893. Westerlund 1889; Hietala 1992, 109.

1886 imeväiskuolleisuus oli keskimäärin 166 promillea, kun se vuosina 1812–71 oli ollut 192 promillea. Westerlund näki kuolleisuuden laskun olleen seurausta kohonneesta sivistyksestä ja elintasosta. Yksi edistysaskel oli vuonna 1802 aloitettu isorokkorokotus, jonka seurauksena epidemiapiikit olivat harventuneet.²⁰⁷

Suomea verrattiin tutkimuksessa seikkaperäisesti muihin Pohjoismaihin aina läänitasolle saakka. Norjalla oli matalin imeväiskuolleisuus, tutkitulla aikakaudella alle 100 promillea. Maan matala imeväiskuolleisuus selittyi Westerlundin mukaan imettämisen yleisyydellä. Suomen sisäiset alueelliset erot olivat suuria: korkeinta imeväiskuolleisuus oli Vaasan ja Viipurin lääneissä, joissa imettäminen oli vähäistä. Erityisen suureksi kuolleisuus nousi, jos äidinmaidon korvikkeena turvaututtiin jauhovelleihin lehmänmaidon sijasta. Yhdistämällä kuolleisuustilastoja paikkakunnalla vallitseviin lastenhoitotapoihin voitiin päätellä, että korkeaan imeväiskuolleisuuteen oli mahdollista puuttua.

Westerlund torjui ajatuksen luonnonvalinnasta, sillä vain murto-osa vastasyntyneistä oli synnyynnäisen heikkouden tai ”onnettomien ulkoisten olosuhteiden” vuoksi ennalta määrätty menehtymään. Yhteiskunnan velvollisuutena oli kokonaisuudessaan puuttua niihin epäkohtiin, kuten tietämättömyyteen, välinpitämättömyyteen, köyhyyteen, sairauksiin ja katoon, jotka olivat omiaan lisäämään imeväiskuolleisuutta. Lääkärikunnan velvollisuutena taas oli mahdollisuuksien mukaan lisättävä tietämystä imeväiskuolleisuuden todellisista aiheuttajista maamme eri osissa.²⁰⁸ Suomenkielinen Duodecim-lääkäriseura kantoi kortensa kekoon perustamalla vuonna 1889 maallikkojen valistamiseksi *Terveydenhoitolehden*.²⁰⁹

Merkittävä rooli hygieniaprojektissa oli suomalaisilla naisjärjestöillä, joista lasten terveysneuvonta eriytyi 1900-luvun alkuvuosina maitopisaraliikkeen muodossa.²¹⁰ Esimerkkiä otettiin Ruotsista, jonne oli muodostunut kahdenlaisia maitopisara-asemia. Osassa jaettiin vain steriiliä maitoa ja osassa yhdistettiin maidonjakeluun myös lastenhoidon neuvontaa ja rinta-ruokintaan kannustamista.²¹¹ Jälkimmäiseen ryhmään kuuluva Göteborgin Maitopisara toimi Greta Klärichin vuonna 1904 Helsinkiin perustaman Maitopisarayhdistyksen esikuvana. Yhdistys sai tukea paikallisilta suurliikemie-

²⁰⁷ Westerlund, F. W. 1889, 607–608.

²⁰⁸ Westerlund, F. W. 1889, 700; kts myös Turpeinen 1987, 390. Turpeinen kiinnittää huomiota siihen, että Westerlund oli hyvin tietoinen syy-seurausketjusta, joka niveltyi toisaalta äidinmaidon käyttöön ja toisaalta etenkin kesäkuukausina tiheään asutuilla paikoilla veden tuomiin vaaroihin lapsia lehmänmaidolla ruokittaessa. ”Valistustyössäkään ei enää tarvinnut viitata keinoruokinnan jumalattomuuteen”. Westerlund oli myös aktiivinen kansanvalistaja. Hän laati vuonna 1891 kirjasen ”Lasten kuolevaisuus Suomessa ja sen yleiset syyt”, josta ilmestyi uusintapainos 1912 täydennettynä uusimilla tiedoilla. Hietala 1992, 78–80.

²⁰⁹ Vastaava ruotsinkielinen valistuslehti oli vuosina Helsingin kaupunginlääkäri Wilhelm Sucksdorffin perustama 1891–1918 ilmestynyt *Tidskrift för hälsovård*. Lehdet vaihtoivat keskenään artikkeleita. Hietala 1992, 106–111.

²¹⁰ Imeväisten hoitoon liittyvät kysymykset siirtyivät Maitopisaralle vuonna 1893 perustetulta ja edelleen toimivalta Suomen lastenhoitoyhdistykseltä. Riihola 2010, 42. Barnavårdsföreningen: om oss. Verkkolähde.

²¹¹ SOU 1935: 19, 95; Weiner 1995.

hiltä ja kaupungilta.²¹² Kallion kaupunginosaan sijoitettu Maitopisara-asema jakoi steriiliä maitosekoitusta ilmaiseksi tai edulliseen hintaan äideille, joita veloitettiin käyttämään lastaan säännöllisesti lääkärintarkastuksissa ja suostumaan myös sairaanhoitajien kotikäynteihin. Alkuvuosina lääkärit tekivät työtään ilman palkkiota.²¹³ Puhtautta vaalittiin lastenhoidossa, ja sitä varten yhdistyksellä oli varasto lainattavia vauvanvaatteita, jotka tuli jättää takaisin ”puhtaina, joskin paikattuina ja kuluneina, äitien totuttamiseksi puhtauteen ja säännöllisyyteen”.²¹⁴

Maitopisaran ensimmäisessä vuosikertomuksessa vuodelta 1905 toimitaan perusteltiin sekä kansanterveydellisillä että taloudellisilla argumenteilla – tulevien ”voimakkaiden kansalaisten” ei enää tarvinnut olla yhteiskunnan taakkana.

*Sillä tuskinpa voidaan kieltää, että, jos hyvän ja soveliaan elatuksen kautta pidetään huolta lasten terveydestä ja heidän vastustuskyvystänsä tauteja vastaan tämän kautta edistetään, yhteiskunta on terveydellisessä, vaivaishoidollisissa ja taloudellisissa suhteissa tehnyt huomattavia edistysaskeleita. Me rohkenemme vielä uskoa, että ”maitopisaralla” on oleva pieni sija niiden toimenpiteitten joukossa, jotka koettavat estää tuberkuloosin levenemistä kansamme keskuudessa. Me toivomme myöskin, että niistä pienistä, jotka ovat saaneet nauttia ja tulevaisuudessa tulevat nauttimaan niitä etuja, joita ”maitopisara” tarjoaa, kerran on tuleva voimakkaista kansalaisista, joiden ei tarvitse levätä sairashuoneiden ja vaivaiskartanojen harjoilla.*²¹⁵

Maitopisara-aate jäi 1920-luvulla Mannerheimin lastensuojeluliiton ja Folkhälsanin käynnistämän lastenneuvolatoiminnan varjoon. Se oli kuitenkin tärkeä vaikuttaja kaupungeissa ja teollisuuspaikkakunnilla, joihin se levisi nopeasti. Vuonna 1909 maitopisaratoimintaa oli jo 25 paikkakunnalla. Merkittävä osa tuloista tuli vappukukista, esimerkiksi vuonna 1909 niitä oli tilattu myyntiin yhteensä 250 000 kappaletta.²¹⁶ Vaikea elintarviketilanne ensimmäisen maailmansodan aikana lisäsi maidonjakelun suosiota. Vuonna 1917 Tampereella 50 prosenttia äideistä turvautui Maitopisaran apuun.²¹⁷ Aktiivisesta hygieni- ja lapsenhoitovalistuksesta huolimatta imeväiskuolleisuus pysyi korkeana sekä kaupungeissa että maaseudulla aina itsenäisyyden alkuvuosiin saakka. Vasta 1920-luvun alussa se laski alle 100 promillen.²¹⁸

²¹² Esim. Stockmann OY. Maitopisara 1905–1929, MP arkisto, Helsingin KA.

²¹³ Riihola 2010, 41–46; Forsius 2004. Verkkolähde.; Tampereen Maitopisara. *Lapsi ja Nuoriso* 2/1938.

²¹⁴ ”Maitopisarayhdistyksen” johtokunnan vuosikertomus vuodelta 1905 MP, HKA.

²¹⁵ ”Maitopisarayhdistyksen” johtokunnan vuosikertomus vuodelta 1905 MP, HKA.

²¹⁶ *Lappeenranta*-lehti 1.5.1909. Maitopisaratoimintaa oli lehden mukaan Helsingissä, Viipurissa, Turussa, Tampereella, Hämeenlinnassa, Oulussa, Porissa, Lahdessa, Kotkassa, Jyväskylässä, Loviisassa, Kaskisessa, Mikkelissä, Raumalla, Kajaanisessa, Maarianhaminassa, Uusikaarlepyyssä, Lappeenrannassa, Kuopiossa, Fiskarsin tehtaalla, Tervakosken tehtaalla, Symbässä, Valkealassa ja Kouvolasassa.

²¹⁷ Markkola 1994, 215; Tampereen Maitopisara. *Lapsi ja Nuoriso* 2/1938.

²¹⁸ Findikaattori, imeväiskuolleisuus. Verkkolähde.

Ensimmäinen maailmansota käännekohtana – ”On vaarallisempaa olla vauva kuin sotilas”

Ensimmäisen maailmansodan suunnattomat menetykset rintamalla muuttivat asenteita ja käytäntöjä pienten lasten huollossa monissa sotaa käyvissä maissa. Kuuluisa on Lontoon piispan lausuma vuodelta 1917: *While nine soldiers died every hour in 1915, twelve babies died every hour, so that it was more dangerous to be a baby than a soldier*. Väestöpoliittisista syistä ”valtio tunkeutui lastenkamariin” ja alkoi puuttua myös alle kouluikäisten lasten hoitoon. Neuvolatoiminta siirtyi vähitellen filantrooppisesta köyhäinhuollosta osaksi julkista terveydenhuoltoa, jolloin kaikki odottavat äidit ja pikkulapset saivat mahdollisuuden tulla neuvonnan piiriin.²¹⁹ Iso-Britanniassa puhuttiin jopa ”vauvakultista”: vuonna 1918 tuli voimaan laki raskaana olevien ja imettävien naisten sekä alle kouluikäisten lasten terveydenhuollosta.²²⁰

Saksassa lasten terveysneuvonta (*Fürsorgetätigkeit*) käynnistyi 1890-luvulla suurissa kaupungeissa lääkärintarkastusten ja koulutettujen lastenhoitajien tekemien kotikäyntien muodossa. 1900-luvun alusta imeväiskuolleisuuden alentamisesta tuli kansallinen projekti, johon myös valtiovalta osallistui. Ensimmäisen maailmansodan aikana alettiin panostaa äitiysneuvontaan sekä alle kouluikäisten lasten huoltoon, erityisesti riisitaudin ja tuberkuloosin ehkäisyyn.²²¹ Neuvoloiden (*Fürsorgestellen*) suosio kasvoi entisestään, kun vuonna 1914 säädettiin laki äitiysavustuksista, jotka jaettiin neuvoloiden kautta. Sodan loputtua lastenneuvoloiden lukumäärä oli kolminkertaistunut ja oli vuonna 1920 noin 3700.²²² Väestöpolitiikasta tuli olennainen osa sodanjälkeistä jälleenrakennusta. Weimarin tasavallassa lasten hyvinvointi ja saksalaisen perheen terveyden edistäminen muodostuivat kansallisen yhtenäisyyden symboleiksi, jota monet ideologiset suuntaukset saattoivat tukea. ”Ensimmäisessä eurooppalaisessa hyvinvointivaltiossa” äitiys saatettiin perustuslain 119. artiklassa valtion suojeluun.²²³

Yhdysvallat muodosti suurista teollisuusvaltioista selkeän poikkeuksen. Ensimmäinen maailmansota ei toiminut Englannin ja Saksan tavoin vedenjakajana, vaan painostus uudistuksiin lastenhuollossa tuli ruohonjuuritasolta. Sonya Michelin ja Seth Kovenin mukaan heikon keskushallituksen omaavissa maissa aktiivinen naisliike pystyi toimimaan painostusjärjestönä uudistusten saamiseksi naisten ja lasten terveydenhoidossa.²²⁴ 1900-luvun alussa alkaneen ruohonjuuritasoinen painostuksen seurauksena liittovaltion perustettiin vuonna 1912 *Children’s Bureau*, jonka tehtävänä oli tutkia ja raportoida kaikista lasten hyvinvointiin ja elämään liittyvistä kysymyksistä.²²⁵ Vuonna

²¹⁹ Winter, J. M. 1977, 487–507.

²²⁰ Winter, J. M.: 1977, 487–507; Dwork 1987, 214.

²²¹ Frohman 2006, 463–467. Saksasta tarkemmin alaluvussa 2.2.1

²²² Frohman 2006, 439.

²²³ Weindling 1989, 208–209, 281; Stöckel 2002; The Weimar Republic. The Fragility of Democracy, excerpts from constitution. Verkkolähde.

²²⁴ Koven & Michel 1990, 1076–1108.

²²⁵ Social Security. *The Creation of the Children’s Bureau*. Verkkolähde.

1921 toimiston aloitteesta tuli voimaan määräaikainen Sheppard-Towner-laki, joka mahdollisti liittovaltion tuen äitiys- ja lastenneuvoloiden perustamiselle etenkin maaseudulla. Laki sai ristiriitaisen vastaanoton muun muassa Yhdysvaltojen lääkäriliiton (*American Medical Association*) piirissä, jossa koettiin sen muodostavan ”sosialistisen uhkan” ammatilliselle autonomialle.²²⁶ Kongressi lopetti toiminnan rahoituksen vuonna 1929, jonka jälkeen neuvontatoimi ei ole saanut tukea liittovaltiotasolta. Yhdysvaltoihin muodostui näihin päiviin asti ulottunut käytäntö, jonka puitteissa yksityiset lastenlääkärit huolehtivat maksukykyisten perheiden terveyden- ja sairaanhoidosta, ja varattomien lasten usein vajavaiset terveyspalvelut rokotuksineen hoidettiin köyhäinhuollon kautta.²²⁷ Suurkaupungeissa kehitettiin silti 1800- ja 1900-luvun vaihteessa filantropiapohjalla laajamittaisia sosiaali- ja terveyspalveluita. Näistä tunnetuin on New Yorkin *Henry Street Settlement*, joka toimi esimerkkinä myös Suomen terveyssisarjärjestelmälle.²²⁸

Ensimmäinen maailmansota merkitsi useissa eurooppalaisissa maissa käännekohtaa kollektiivisen, valtiojohtoisen ajattelun suuntaan, jolloin myös terveydenhuollon tarjoaminen kansalaisille katsottiin valtion tehtäväksi. Väestöpolitiikan motiivoima lasten terveysneuvonta oli laajalle levinnyttä ja lakisääteistä monissa sodan kokeneissa maissa. Jugoslavian tavoin Euroopan uusissa valtioissa kansanterveystyö oli keino lisätä väestön yhteenkuuluvuudentunnetta, ja myös Neuvostoliitossa painopiste asetettiin ehkäisevään terveydenhuoltoon.²²⁹ Vuonna 1920 perustettu Kansainliitto ja sen terveydenhoito-osasto edistivät kansainvälistä yhteistyötä suurissa kansanterveyskysymyksissä.²³⁰

Suomen erityispiirteet, maan jääminen maailmansodan ulkopuolelle ja vuoden 1918 sisällissota vaikuttivat osaltaan siihen, että kansanterveystyö jäi kansalaisjärjestöjen vastuulle.

2.2 Arvo Ylppö ja saksalaisen pediatrian perinne

Suomessa oltiin hyvin tietoisia lääketieteen edistysaskeleista, sillä kansainväliset yhteydet olivat 1800-luvun loppupuolella vilkkaita.²³¹ Vuonna 1841 ilmestymisensä aloittaneessa *Finska läkaresällskapetets handlingar*-lehdessä tulivat kansainväliset artikkelit esitellyksi jo muutaman kuukauden kuluttua

²²⁶ ”Socialist threat to its professional autonomy.” Lemons 1969, 776–786.

²²⁷ Brosco 1995, 2001; Halpern 1988, 84–102.

²²⁸ Benson 1973, 7–8; Yrjälä 2005, 120; Hilli 2007, 34, 108. Suomalainen terveyssisarjärjestelmä, kts. tarkemmin luku 2.6.

²²⁹ Brown & Fee 2006, 1383–1386.

²³⁰ Borowy 2009. Muissa Pohjoismaissa lasten terveysneuvonta oli pääosin kansalaisjärjestöjen vastuulla sotienvälisinä vuosina. Vallgård 2003, 56–58; Schiøtz 2003, 239–247; Ludvigsen & Elvbakken 2005.

²³¹ Hietala 1992.

niiden ilmestymisestä.²³² Autonomian aikana pienelle ja kaukaiselle maalle oli tärkeää solmia yhteyksiä ulkomaihin, ja senaatilta olikin mahdollista anoa stipendejä jatkokoulutukseen ulkomaille. Oli myös yleistä, että jo opintojen aikana haettiin täydennyskoulutusta muualta. Tavallisimmin opintomatkat suuntautuivat Pohjoismaihin ja Saksaan. Jo aiemmin mainittu F.W. Westerland teki vuosina 1884 ja 1885 puolen vuoden opintomatkan Saksaan ja Itävaltaan tutustuen siellä uusimpiin virtauksiin lasten- ja naistentautien sekä bakteriologian alalla.²³³ Lastentautien dosentti Elis Lövegren kävi Saksassa vuosien 1899 ja 1914 välillä seitsemän kertaa julkaisten myös artikkeleita saksalaisissa tieteellisissä lehdissä.²³⁴ Lastentautien yhteydet Saksaan vahvistuivat entisestään professori Arvo Ylppön myötä.

Merkillepantavaa on, että lääkärit saivat tärkeimmät vaikutteensa Saksasta, kun taas sairaanhoitajakunnan koulutus- ja ideologinen traditio tuli anglosaksisista maista eli Iso-Britanniasta ja Yhdysvalloista. Asetelma oli toisaalta jännitteinen, toisaalta hedelmällinen kahden kulttuurin kohdatessa toisensa lasten terveydenhuollon alalla. Kahden tradition yhdistelmä on ollut tärkeä tekijä neuvolalaitoksen rakenteiden ja käytäntöjen kehittymisen kannalta.

Suomeen saatiin vuonna 1892 lastentautiopin professuuri, jonka ensimmäinen oppituolin haltija oli Wilhelm Pipping. Hän oli väitellyt vuonna 1886 vastikään löydetystä pneumokokki-bakteerista, siis erittäin modernista aiheesta.²³⁵ Vuonna 1899 Tehtaankadulle oli valmistunut 35-paikkainen yliopistollinen lastensairaala, jossa annettiin opetusta lääketieteen kandidaateille sekä erikoistuville sairaanhoitajille ja lääkäreille vuoteen 1946 asti, jolloin uusi lastenkliniikka valmistui Meilahteen.²³⁶ Lastentautien erikoisala tuli viralliseksi vasta vuonna 1930, sitä ennen lääkärit ilmoittivat olevansa ”pe-rehtyneitä lastentautien hoitoon”.²³⁷

Professori Arvo Ylppö (1887–1992), Pippingin seuraaja, tunnetaan ”Suomen lastenneuvolalaitoksen isänä”, joka oleskeltuaan useita vuosia Berliinissä sovelsi Saksan lastenhoidon neuvonnan järjestelmää Suomen olosuhteisiin. Arvo Ylppö teki lääketieteen opiskelujen alkuvaiheessa useita ulkomaanmatkoja muun muassa Venäjälle, Baltian maihin ja Saksan Göttingeniin, jossa hän opiskeli vuonna 1908 anatomiaa.²³⁸

²³² Vuorinen 2006, 33; von Bonsdorff 1975, 31. Arkkiatri Otto E. A. Hjelt (1823–1913) harjoitti jatko-opintojaan Saksassa ja Itävallassa jo vuosina 1856–58 professori Rudolf Wirschovin johdolla. Soinen 1939, 593.

²³³ Vuosien 1880 ja 1910 välillä suomalaiset lääkärit tekivät 172 opinto- tai kokousmatkaa Saksaan; jotkut kävivät siellä useamminkin. Hietala 1992, 78–80.

²³⁴ Hietala 1999, 373–394; *Suomen lääkärit* 1935.

²³⁵ Myös Pipping (1854–1926) oli hakenut oppia ulkomailta. Vuonna 1882 hän lähti lähes vuoden kestäneelle opintomatkalle Wieniin, Müncheniin, Pariisiin ja Berliiniin. Tuuteri, 1993, 25–26.

²³⁶ Tuuteri 1993, 37–39.

²³⁷ Suomen lastenlääkäriyhdistys, historia. Verkkolähde.

²³⁸ Ylpöstä on laadittu useita elämäkertoja, esim. Ylppö 1964, Numminen 1987. Vuonna 2012 Suomalainen Klubi julkaisi laajan verkkosivuston Arvo Ylppön elämästä ja tuotannosta. ARVO YLPPÖ, Arkkiatri 1887–1992. Värikkästä hahmosta kirjoitettuja teoksia yhdistää kunnioittava suhtautuminen arkkiatriin. Ylppöä, hänen ideologiaansa ja toimintaansa oman aikakautensa edustajana syvällisesti tarkasteleva kriittinen elämäkerta odottaa vielä kirjoittajaansa.

Saksan modernisoidut yliopistot olivat 1800-luvun loppupuolella lääketieteen johtavia tieteen keskuksia. Uuden valtion panostus luonnontieteelliseen tutkimukseen muiden muassa histologian, embryologian, fysiologian ja bakteriologian alalla, johti lukuisiin sovelluksiin käytännön lääketieteessä.²³⁹ Saksaan matkustettiin maailmanlaajuisesti, myös anglosaksisista maista.²⁴⁰ Japanista lähetettiin 1200 henkilöä Saksaan opiskelemaan lääketiedettä, sillä Japanin modernisoituva Mei-Ji keisarikunta otti saksalaisen lääketieteen esikuvakseen.²⁴¹

Kinderheilkunde, luonnontieteen ja käytännön klinisen sairaalatyön yhdistävä lastentautioppi, oli erityisesti saksalainen 1800-luvun lopun ilmiö, josta vähitellen muodostui oma lääketieteellinen erikoisalansa. Kaupunkien ja filantrooppisten yhdistysten aloitteesta perustettiin useisiin saksalaisiin kaupunkeihin lastensairaaloita, sillä 1880-luvulla kohonnut imeväiskuoletisuus ja laskenut syntyvyys herättivät huolta nuoressa kansakunnassa. Näissä sairaaloissa yhdistyivät tieteellinen tutkimus, klininen opetus ja äitien opastaminen nykyaikaiseen lastenhoitoon.²⁴² Berliini oli modernin lastenlääketieteen keskus, jonne hakeuduttiin viimeistelemään lastentautien koulutusta. Ravitsemustiede ja bakteriologia olivat nopeasti kehittyviä, pediatrialle tärkeitä aloja.²⁴³ Näin ollen oli luonnollista, että Ylppö siirtyi Berliiniin harjoittamaan jatko-opintoja.

Ylppö hakeutui vuonna 1912 dosentti Lövegrenin suosittamana vapaaehtoiseksi apulaislääkäriksi berliiniläiseen lastensairaalaan ja tutkimuskeskukseen *”Kaiserin Auguste Viktoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche”* (tästä lähin Auguste Viktoria-talo tai KAVH), jossa hän väitteli vastasyntyneen keltaisuudesta vuonna 1913.²⁴⁴ Ylppö joutui vielä palaamaan takaisin Suomeen suorittamaan puuttuvat lääketieteen opinnot. Sodan uhkasta huolimatta hän palasi vuonna 1914 jatkaamaan tutkimustyötään Berliiniin, jonne hän joutui jäämään maailmansodan ajaksi tavallaan internoituna ”vihollismaan kansalaisena”.²⁴⁵ Lasten patologiiseen anatomiaan liittyvässä urauurtavassa työssään Ylppö suoritti ruumiinavauksen kaikille 175:lle sairaalassa kuolleelle keskoselle. Näin kokoamallaan laajalla materiaalilla hän saattoi määritellä heidän yleisimmät kuolinsyynsä, joiden perusteella oli mahdollista tehdä myös johtopäätöksiä keskosten hoidon suhteen. Vuonna 1919 julkaistu, laajaa kansainvälistä huomiota herättä-

²³⁹ On huomattavaa, että vain saksalaisissa yliopistoissa oli kokopäiväisiä tutkijoita. Ackerknecht 1982, 170–185.

²⁴⁰ Hietala 1992, 228–229; Weaver 2013.

²⁴¹ Kim 2014.

²⁴² Weaver 2013; Weindling 1989, 200. Charité-sairaala. Verkkolähde.

²⁴³ Weaver 2013.

²⁴⁴ Ylppö-sivusto; Tuuteri 1993, 41–43; Korppi-Tommola 2010 KB; Ylppö 1913A.

²⁴⁵ Periaatteessa Ylpön olisi pitänyt päivittäin leimauttaa passinsa poliisin luona. Hänet kuitenkin vapautettiin ilmoittautumisvelvollisuudesta, sillä poliisi kävi ajoittain Ylpön luona sairaalassa saaden samalla uusia postimerkkejä kokoelmaansa. Ylppö 1964, 53.

nyt tutkimus kumosi aikaisemmin vallinneen käsityksen keskosten kuolemista ”yleisen heikkouden” vuoksi.²⁴⁶

Arvo Ylppö oli vuonna 1920 Suomeen palatessaan jo kansainvälisesti tunnettu tutkija. Hänellä olisi ollut mahdollisuus jatkaa KAVH:ssa työtään yli-lääkärinä, johon asemaan hänet oli nimitetty vuonna 1918; toisena vaihtoehtona olisi ollut siirtyä Yhdysvaltoihin Johns Hopkinsin yliopistoon. Hän palasi kuitenkin Suomeen vuonna 1920, vaikka maa tuntui Ylppön mukaan ”pieneltä ja ahdistavalta” pitkän ulkomaanoleskelun jälkeen. Syynä paluuseen oli yhäältä aikaisemmin tehty lupaus omalle isälle, toisaalta halu työskennellä ”vasta itsenäistyneen maan hyväksi”.²⁴⁷

Kunnianhimoisena miehenä Ylppö havitteli Helsingin yliopistossa pian vapautuvaa lastentautiopin professuuria, joka antaisi hänelle mahdollisuuden kehittää uutta tieteenalaa haluamaansa suuntaan. Ylppö oli Berliinissä perehtynyt sekä moderniin kliiniseen pediatriaan että saksalaiseen lastenhuoltojärjestelmään, joita hän halusi soveltaa myös Suomessa. Vuonna 1921 hänet nimitettiin ylimääräiseksi henkilökohtaiseksi lastentautiopin professoriksi ja vuonna 1925 lastentautiopin varsinaisen professorin virkaan, jota hän piti hallussaan vuoteen 1957 saakka. Arkkiatrin arvonimen hän sai vuonna 1952. Yhteiskunnallisesti Ylppö oli erittäin aktiivinen: hän toimi Kenraali-Mannerheimin Lastensuojeluliiton puheenjohtajana vuosina 1920–1960 ja Helsingin kaupungin lastensuojelulautakunnassa Kansallisen Kokoomuksen edustajana vuosina 1927–1968.²⁴⁸

Ylppön työskentelypaikka Berliinissä, vuonna 1909 avattu Auguste Viktoria-talo eli KAVH oli eräänlainen kruununjalokivi Saksan vuonna 1904–1905 aktivoituneessa taistelussa imeväiskuolleisuutta vastaan. KAVH oli *Reichsanstalt* eli valtion laitos, mutta se oli kuitenkin itsenäinen ja riippumaton valtionhallinnosta. Keskuslaitoksena se määräsi standardit muille vastaaville laitoksille, ja sen julkaisemille ohjelehtisille annettiin virallinen status. Vuoteen 1933 saakka KAVH:n johtajana toimi Leo Langstein.²⁴⁹

Ylppö kirjoitti Berliinistä *Duodecimiin* vuonna 1913 kaksi artikkelia, joista ensimmäisessä suomalainen lukijakunta perehdytettiin Auguste Viktoriatalon toimintaperiaatteisiin. Talo toimi esimerkkinä 1920-luvun alussa Helsingin perustetulle Lastenlinnalle, joka toteutti samoja periaatteita, tosin vaatimattomammassa mittakaavassa. KAVH toimi ensinnäkin tieteellisenä pikkulasten ravintofysiologiaan ja patologiaan keskittyneenä tutkimuslaitoksena. Ylppön mukaan tämä tutkimus oli aloitettava jo sikiöasteella, minkä vuoksi laitokseen otettiin hoitoon myös ”raskaita vaimoja”, yleensä aviottomia nuoria naisia. Edelleen laitoksen tehtävänä oli tutkia imettämisfysiologi-

²⁴⁶ Ylppö 1919. Ylppö on edelleen maailman tunnetuimpia neonatologeja vuonna 1919 ilmestyneen uraauurtavan tutkimuksensa vuoksi. Philip 2005; Korppi-Tommola 2010 KB.

²⁴⁷ Numminen 1987, 180–181.

²⁴⁸ Korppi-Tommola 2010 KB.

²⁴⁹ KAVH perustettiin yhteisvoimin valtion, kaupungin ja kansalaiskeräyksen varoilla. Loppujen lopuksi kuitenkin valtio maksoi valtaosan sairaalan perustamiskustannuksista. Weindling 1989, 206. Juutalainen Leo Langstein (1876–1933) teki Hitlerin valtaantulon jälkeen itsemurhan kesäkuussa 1933. Deutsche Biographie: Langstein, Leo. Verkkolähde.

aa. Valtakunnan keskuslaitoksena sen tehtävänä oli koota ja järjestää pienten lasten kuolleisuutta koskevaa aineistoa Saksasta ja ulkomailta. Saksassa se seurasi pikkulasten ”huoltola-laitosten” toimintaa ja tarjosi niille tarpeen tullessa neuvojaan. Laitos harjoitti myös tiedotus- ja opetustoimintaa, ja sen oli pyydettyä neuvottava pikkulapsia koskevissa kysymyksissä. KAVH:ssa oli osasto myös itse maksavia potilaita varten, josta saaduilla tuloilla pystyttiin kattamaan osa talon kustannuksista. Talossa ilmaiseksi hoidettavat äidit ja lapset joutuivat samalla tieteellisten tutkimusten kohteiksi.²⁵⁰

Äidit tulivat kuusi viikkoa ennen synnytystä sairaalaan, jossa heille annettiin opetusta pienten lasten ravitsemuksessa, lastenhoidossa ja taloustöissä. Äidit imettivät ja hoitivat itse lapsensa, ja lähes kaikilta imettäminen onnistui hyvin. Lyhyessä ajassa useimmat äidit saatiin ”herumaan uskomattoman hyvälypseisiksi”; keskimäärin äidit tuottivat kaksi litraa päivässä. Kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä äidit lähtivät talosta ja siirtyivät sairaalan heille järjestämiin töihin. Lapset jäivät yhden vuoden ikään asti, elleivät he lähteneet äidin mukana. Vuoden iässä he siirtyivät kasvatuskoteihin, mutta jäivät pikkulasten ”huoltolan” seurantaan aina kuuden vuoden ikään saakka. Muista sairaaloista tuotiin hoitoon keskusia, joiden paino vaihteli 700 ja 2500 gramman välillä. Ylpön mukaan jokunen 800 grammaa painavakin oli saatu pysymään hengissä. Sairaalassa koulutettiin myös lastenhoitajia ja lasten sairaanhoitajia sekä järjestettiin lastenhoitokursseja äideille.²⁵¹

Toinen Ylpön artikkeli käsitteli Charlottenburgin ”avonaisia pikkulasten huoltolapaikkoja”, joita kaupunginosaan vuonna 1913 oli perustettu jo kuusi kappaletta. Toiminta oli suunnattu kaupunginosan köyhille työläisperheille sekä kasvattilasten perheille, jotka oli velvoitettu huoltolan kontroleihin. Lääkärintarkastusten ja yleisen hoidonohjannan lisäksi huoltolassa jaettiin imettäville äideille myös ilmaista maitoa, yleensä litra päivässä. Huoltosisarot tekivät kotikäyntejä kontrolloimassa, että lääkärin määräyksiä noudatettiin, jolloin he samalla jakoivat käytännön neuvoja lasten hoidossa. Ylpön näki tarkastustoiminnan positiivisessa valossa, sillä hänestä oli ”tosi ilo nähdä sitä sydämellistä suhdetta, mikä huoltolasisarten ja hoitoäitien ja piirin köyhien perheenäitien välillä vallitsee: heitä ei katsota tarkastajina, vaan perheen ystävinä, joiden käyntiä ilolla odotetaan”.²⁵² Ylppö todisti huoltoloiden hyödyllisyyttä tilastolla, jonka mukaan Charlottenburgissa imeväiskuolleisuus oli 4–5 prosenttia matalampi kuin muualla Saksassa. Huomionarvoista on, että huoltoloissa oli aloitettu myös vanhempien, 1–6-vuotiaiden lasten seuranta ja ohjaus, sillä keskeyttämällä ”säännöllinen lääkärinvalvonta” aikana, jolloin lasta pahiten uhkaavat lastentaudit, saattoi käydä niin, että kaikki se, mitä ”järkeväisellä ja systemaattisella lääkärinsilmälläpidolla” saavutettiin, pian taas menetettäisiin.²⁵³ Charlottenburgin huoltolatoiminta

²⁵⁰ Ylppö 1913A, 77–78; KAVH:n toimintaperiaatteista kts. myös Weindling 1989, 206–209; Frohmann 2006, 450.

²⁵¹ Ylppö 1913A, 79–81.

²⁵² Ylppö 1913B, 390.

²⁵³ Ylppö 1913b, 395–398. Yleensä aikakauden lastenneuvoloissa keskityttiin imeväisten hoidonohjaukseen.

toimi esimerkkinä, kun vuonna 1922 avattiin Lastenlinnan yhteyteen Helsinkiin Mannerheim-liiton lastenneuvola. Saksasta oli siis peräisin tapa seurata neuvoloissa myös leikki-ikäisten lasten terveyttä.

Eugeniikkaa ja sosiaalihygieniää

Ylpön noin kymmenen vuoden oleskelu Saksassa osui aikakauteen, jolloin eugeeninen ajattelutapa oli vallitseva ja yleisesti hyväksytty biologisissa tiedeissä. Wilhelm Schallmayer, Saksan eugeniikan perustaja, esitti vuonna 1903 teoksessaan *Vererbung und Auslese* perusteesinsä, jonka mukaan lääketieteelliset toimenpiteet heikensivät saksalaisten perimää ja elinvoimaa eikä luonnonvalintaan siksi tulisi puuttua. Hänen mukaansa Darwinin luonnonvalintateorian mukaisesti korkea alle viisivuotiaiden lapsikuolleisuus merkitsi tervettä ja vahvaa aikuisväestöä.²⁵⁴ Alfred Ploetz, saksalaisen termin *Rassenhygiene* eli rotuhygienian kehittäjä taas väitti, että oli ”rodulle vahingollista” pitää hengissä heikkoja yksilöitä, minkä vuoksi lääkäreiden pitäisi tutkia kaikki vastasyntyneet. Terve lapsi pitäisi hyväksyä tulevaksi täysivaltaiseksi yhteiskunnan jäseneksi ja tukea kaikin tavoin hänen kehitystään, vammaisen lapsi taas pitäisi ”hellästi tappaa” esimerkiksi morfiinipistoksella.²⁵⁵

Schallmayerin teos herätti suurta huomiota ja voimakasta vastustusta sosiaalihygienikoiden piirissä, joiden käsityksen mukaan epäedulliset ympäristö- ja taloudelliset olosuhteet eikä niinkään perimä selittivät korkean sairastavuuden ja kuolleisuuden. Monet saksalaiset sosiaalihygienikot²⁵⁶ osoittivat, että niissä yhteisöissä, joissa oli korkea lapsikuolleisuus, myös aikuisten sairastavuus oli korkeampi. Esimerkiksi nostettiin Grönlannin eskimot, jolla korkeaan 25 prosentin imeväiskuolleisuuteen liittyi 3–4 kertaa suurempi aikuiskuolleisuus tanskalaisiin verrattuna.²⁵⁷

Eugeniikka ei kuitenkaan ollut ristiriidassa sosiaalihygienian kanssa, joka painotti ympäristötekijöiden, mutta myös ihmisen henkilökohtaisen hygieenisen käytöksen merkitystä terveydelle.²⁵⁸ Saksan johtava sosiaalihygienikko Alfred Grotjahn asettui ensimmäisenä tunnustamaan rotuhygienian legitimitettiin.²⁵⁹ Myös eugeniikkaan liittyi vahvasti ajatus ennaltaehkäisystä. Monet eugeenikot toimivat Ploetzin tapaan aktiivisesti raittiusliikkeessä ja tuberkuloosin vastaisessa kamppailussa. Lasten terveyden edistäminen puhtauden, liikunnan ja terveellisen ravinnon avulla vahvisti ”rotua” ja lisäsi kansakunnan elinvoimaa. Vaikka esimerkiksi Schallmayer vastusti lääketieteellisiä hoi-

²⁵⁴ Weiss 1987, 116.

²⁵⁵ Stöckel 2002, 604.

²⁵⁶ Max von Gruber, Walter Kruse ja Friedrich Prinzing. Weiss, 1987, 116.

²⁵⁷ Weiss, 1987, 116–117.

²⁵⁸ Grotjahnin mukaan sosiaalihygieniä voitiin määrittää kuvaavaksi tieteenä niistä hygieenisistä ehdoista, joiden varassa ihmiset elivät ja normatiiviseksi tieteenä niistä toimenpiteistä hygieenisen kulttuurin alalla, jotka tarkoittivat yksilöiden ja heidän jälkeläistensä elämän parantamista. Hietala 1992, 73; Koskimies 1916.

²⁵⁹ Weiss 1987, 120–121.

toja niiden degeneraatiota lisäävien ominaisuuksien vuoksi, hän ei kuitenkaan vastustanut lasten terveysneuvontaa. Vuosisadan vaihteeseen mennessä oli jo vähitellen tullut selväksi, että korkea imeväiskuolleisuus ei johtunut lasten synnynnäisestä heikkoudesta, vaan pikemmin ympäristötekijöistä. Kuitenkin pienten ja heikkojen vastasyntyneiden, etenkin keskosten kohdalla oli joskus epäselvää, oliko lapsi kehityskelpoinen, voitiinko hänet hyvällä hoidolla saattaa terveeksi, vai oliko kyseessä ”geneettisesti epäkelpo”, ”heikko yksilö”, jota ei tulisi pelastaa.²⁶⁰

Lastenlääkärit joutuivat perustelemaan oman työnsä oikeutusta ja pystyivät osoittamaan, että valtaosa vastasyntyneistä oli kehityskelpoisia. Imeväisten korkea kuolleisuus johtui pääosin ulkoisista tekijöistä, kuten väärästä ravitsemuksesta, infektioista tai keskosuudesta, joihin lastentaudit, uusi lääketieteen erikoisala, pystyi puuttumaan. Syntymähetkellä ei myöskään ollut mahdollista varmuudella arvioida, ketkä lapsista olivat kehityskelpoisia. Siksi kaikkia lapsia oli hoidettava.²⁶¹ Tämän vuoksi Ylpön tutkimus keskosten kuolinsyistä oli erityisen merkittävä.

Ylpön ajatusmaailmaan on todennäköisesti vaikuttanut myös saksalaisen pediatri Heinrich Finkelsteinin oppikirja vuodelta 1905 imeväisten sairauksista (*Lehrbuch der Säuglingskrankheiten*), joka toimi eräänlaisena imeväiskuolleisuuden vastaisen taistelun manifestina. Teosta käytettiin yleisesti oppikirjana aina 1930-luvulle saakka. Johdantoluvussa Finkelstein keskusteli eugeenikkojen kanssa todetessaan, että aikaisemmin korkeaan kuolleisuuteen oli suhtauduttu alistuen ja ehkä jopa nähty ratkaisuna liikaväestön ehkäisyn vaaralle tai jonkinlaisena valintana ja ajateltu, että näin kansa vahvistuisi. Hän kuitenkin argumentoi imeväisten sairaanhoidon puolesta, sillä aikakaudella ihmisen ”taloudellinen arvo” nähtiin korkeammaksi ja myös ihmisen ”hienostunut hygieenissosiaalinen omatunto” oli kehittynyt. Finkelstein osoittautui liberaaliksi sosiaalihygieenikoksi nostaessaan taloudelliset ongelmat tärkeimmäksi tekijäksi, sillä hän totesi tilastojen mukaan korkean imeväiskuolleisuuden olevan yhteydessä kasvattajan sosiaaliseen asemaan. Tärkeitä kysymyksiä olivat asumistason parantaminen, puhtaan veden saatavuuden turvaaminen, sanitaatio ja yleisen hygienian kohentaminen. Finkelsteinin mielestä oli myös tärkeää saada äidit takaisin työelämästä, jotta lasten imettäminen taas yleistyisi. Maitokysymys oli kriittinen: maidon valvontaa oli parannettava, ja lapsille maitoa oli jaettava kohtuuhintaan. Ranskan mallin mukaisesti oli järjestettävä lastenhoidon neuvontaa ”alemmille kansankerroksille” ja turvattomien äitien ja lasten huoltoa oli parannettava.²⁶² Kuitenkin ainoastaan ”perheen ulkopuolisten lasten”, eli aviottomien tai kasvattilasten kohdalla voitiin ajatella yhteiskunnan suoraa interventiota.²⁶³

²⁶⁰ Stöckel 2002, 604–605; Weindling 1989, 200–209.

²⁶¹ Stöckel 2002, 604–605.

²⁶² Finkelstein 1905, 1–4.

²⁶³ Stöckel 2002, 605.

Paul Weindling on kuvannut, kuinka sodan uhkan lisääntyessä vuoden 1910 jälkeen nationalistiset argumentit yhteiskunnan laajemman puuttumisen puolesta alkoivat voimistua. Vuonna 1913 Saksan johtavat lasten terveysasiantuntijat Karl von Behr-Pinnow ja Fritz Rott painottivat, kuinka ensiarvoista lasten terveys oli Saksan maailmanmahdin vuoksi. KAVH:n johtaja Leo Langstein taas kritisoi eugeenikkoja siitä, että he aliarvioivat pediatrian mahdollisuuksia hoitaa vastasyntyneen heikkoutta.²⁶⁴ Ensimmäisen maailmansodan aikana eugeenikot ja lastenlääkärit lähestyivät toisiaan kun ”reformi-” tai ”hyvinvointi”eugeeniset ajatukset ja toimenpiteet alkoivat voittaa alaa. Valtavat menetykset sotarintamalla, matala syntyvyys ja pikkulasten korkea kuolleisuus kannustivat pikkulasten terveyttä edistäviin toimenpiteisiin. Hyvinvointiorientoitunut, pronatalistinen eugeniikka oli voitollinen vuoteen 1918 mennessä.²⁶⁵

”Positiivisen terveyden” puolesta

Ylppö omaksui pitkän oleskelunsa aikana saksalaiset toimintatavat, joita hän sitten pyrki toteuttamaan Suomessa. Saksasta käsin Ylppö kävi kirjeenvaihtoa johtavassa asemassa olevien suomalaisten sairaanhoitajien, muiden muassa Helsingin Kirurgisen sairaalan ylihoitaja Sophie Mannerheimin kanssa, joille hän esitti ajatuksiaan suomalaisen lastenhoidon kehittämistä. Vuonna 1918 hänen onnistui saada kolme suomalaista sairaanhoitajaa²⁶⁶ Auguste Victoria-sairaalaan oppimaan käytännön lastenhuoltotyötä. Hän julkaisi vuonna 1919 myös suomenkielisen lastenhoito-oppaan *Äiti lapsen hoitajana ja ruokkijana*, josta otettiin uusintapainoksia aina vuoteen 1950 saakka.²⁶⁷

Miten pitkä oleskelu Saksassa vaikutti Ylpön käsityksiin imeväiskuolleisuuden syistä ja sen vastustamisesta, ja missä määrin Ylppö oli omaksunut Saksassa niin yleisen eugeenisen ajattelutavan? Ylpön henkilökohtainen arkisto ei ole julkisesti saatavilla, joten kysymystä on lähestyttävä Ylpön omien julkaisujen ja mahdollisten muiden arkistolähteiden avulla. Kansantajuisten lastenhoito-oppaiden lisäksi Ylppö laati erityisesti 1920-luvun alussa suomalaisiin lääketieteellisiin ja sairaanhoitajien julkaisuihin sekä maallikkolehtiin kirjoituksia pikkulastenhoidon neuvonnan järjestämisestä Suomessa.²⁶⁸ Mannerheim-liiton kirjoitussarjassa vuonna 1920 ja korjattuna vuonna 1923 ilmestyneen *Suomen lapsen suoja*-kirjasen kautta on mahdollista tarkastella Ylpön yhteiskunnallisia, lastenhoitoon ja lasten asemaan liittyviä käsityksiä.²⁶⁹

²⁶⁴ Weindling 1989, 208.

²⁶⁵ Weindling 1989, 281.

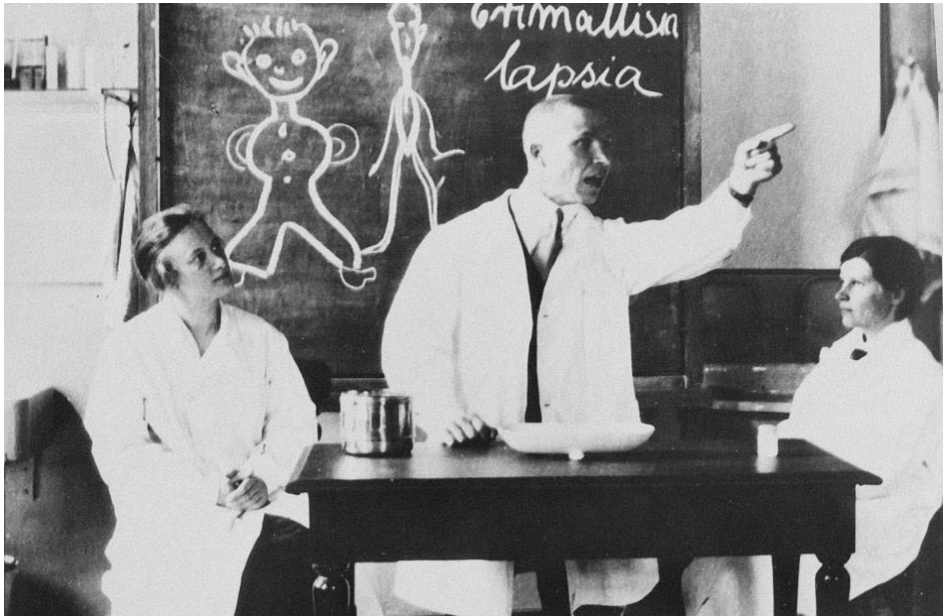
²⁶⁶ Korppi-Tommola 2010 KB. Berliiniin lähtivät Frida Winter, Margareta Lucander ja Toini Leikola. Toini Leikolasta tuli myöhemmin Helsingin Lastenlinnan ylihoitaja. Ylppö-sivusto, verkkolähde.

²⁶⁷ Korppi-Tommola 2010 KB.

²⁶⁸ Täydellinen noin 200 julkaisun luettelo Ylppö-verkkosivuilla:

²⁶⁹ Ylppö 1923 [1920]. Teksti perustuu vuoden 1923 painokseen. Sitaateissa esiintyvät kursivoinnit Ylpön omia.

Ylppö aloitti kirjoituksensa viittaamalla ruotsalaisen Ellen Keyn *Lapsen vuosisata*-teokseen ja lapsen arvon nousuun. Ylppö asui Berliinissä koko maailmansodan ajan ja joutui siellä konkreettisesti näkemään siviiliväestön ahdingon. Hän näki sodan yhdeksi syyksi sille, että lasten terveyteen oli alettu kiinnittää enemmän huomiota. Erityisesti Englannissa oli ”ryhdytty suuri-suuntaisiin toimenpiteisiin lastenhuollon parantamiseksi”. Suomenkin olisi muun maailman tavoin puututtava lasten asemaan. Ylppö totesi syntyvyyden ”kulttuurikansain keskuudessa” olleen laskussa, mikä pääosin johtui mukavuussyistä, mutta myös sodan aiheuttamista taloudellisesta ja muista ongelmista.²⁷⁰



Kuva 1 ”Laihat lapset eivät välttämättä ole sairaita, eivätkä lihavat terveitä. Lapset ovat yksilöllisiä, ja heistä tulee nähdä kokonaisuus.” Ylppö aloitti opettamisen heti kotimaahan palattuaan. Ylppön oikealla puolella on Zaida Eriksson-Lihr ja vasemmalla puolella Dora von Wendt. Kuva: Helsingin yliopistomuseo.

Ylppö ei kuitenkaan nähnyt mahdolliseksi lisätä syntyvyyttä, sillä kokemus oli osoittanut, että ”kulttuurin” lisääntyessä tahtoivat yksilölliset mukavuussyt yhä enemmän astua etualalle, mikä puolestaan johti lasten syntymisen ”keinotekoiseen rajoittamiseen”. Ylppölle syntyvyyden lasku oli jo Saksasta tuttu, ja hän oli tullut siihen tulokseen, että vaikka ulkonaiset puutteet vähitellen poistuisivatkin, ei syntyvyys ”sivistyskansain keskuudessa” kuitenkaan kasvaisi ja että tärkein ja vaikuttavin tekijä väkiluvun lisäämiseksi olisi taistelu ”pienenlasten kuolevaisuutta” vastaan. Lastenhuollossa oli kysymys kansan olemassaolon turvaamisesta, mutta asia koski myös yksityisten perhei-

²⁷⁰ Ylppö 1923, 5–6.

den onnea ja menestystä. ”Yhä edelleen joka yhdeksäs äiti menettää meillä pienokaisensa jo ennen kuin se on ensimmäisen ikävuotensa täyttänyt.” Jos imeväiskuolleisuus olisi samalla tasolla kuin Ruotsissa, noin 3000–5000 lasta voitaisiin säästää kotien ja vanhempain ”sanomattomaksi iloksi”.²⁷¹

Suomessa pikkulasten hoito vaati Ylpön käsityksen mukaan erityistä huolellisuutta, sillä ”ihmisrotu ei ole alkuaan aiottu tällaisen kylmän ja karun luonnon asujameksi kuin Suomi on”. Ylpön virkaanastujaisesitelmä vuonna 1925 käsittelikin Suomen kosteaa, kylmää ja niukka-aurinkoista ilmastoa, joka saattoi suoraan tai epäsuorasti johtaa monen nuoren lapsen ennenaikaiseen hautaan. Tarjoamalla tieteen, eli ”uudemman lastentautiopin” ja ”lastenhuoltotilastotieteen” saavutuksia ja opetuksia ”kansan syville riveille” ja lasten vanhemmille oli kuitenkin mahdollista estää näiden ilmastotekijöiden epäedullisia vaikutuksia lapsiin.²⁷²

Lapsi sai imetyksestä parhaimman suojan ravintohäiriöitä ja ripuleita vastaan, jotka olivat tärkeimpiä kuolemansyitä. Vaikka perheen varallisuus-suhteet ja asunto-olot olivat tärkeitä, saattoi varatonkin äiti imettämällä varjella lastaan. Ylppö korosti naisten tehtäviä; äiti oli se henkilö, jonka huolenpidosta ja ”asianymmärtävästä” hoidosta lapsen säännöllinen kehitys ensi sijassa riippui, sillä naisen tärkein ”elintehtävä” oli lopultakin suvun jatkaminen ja lasten kasvatusta. Sen vuoksi ensimmäisiä tehtäviä oli ”*äitien n.s. ammattisivistyksen kohottaminen, mitä erikoisesti lastenhoitokysymyksiin tulee*”.²⁷³

Äidin vastuun korostaminen lastenhoidossa, yhtäältä äitiyttä syyllistävä, mutta toisaalta ylistävä ”maternalistinen kultti” oli lähes sääntö aikakauden diskurssissa. Jo Finkelstein totesi vuonna 1905, että äitien olisi siirryttävä pois työelämästä kotiin, jotta lasten imettäminen onnistuisi. Niin Finkelsteinin kuin Ylpönkin mukaan kuitenkin äidit työhön pakottava köyhyys oli tärkein lasten terveyttä uhkaava tekijä. Ylppö korosti lastenhoitajien kouluttamisen tärkeyttä, mutta näiden henkilöiden työ tulisi kuitenkin parhaistakin ponnistuksista huolimatta tuottamaan vain ”puolinaista hedelmää”, niin kauan kuin kansan ”yleinen varallisuudentila” pysyisi huonona.²⁷⁴

Yhteiskunnan velvollisuus oli tietenkin huolehtia hädänalaisten jäsentensä ja lastensa suojelemisesta mutta ”*tien raivaaminen uusissa aloitteissa on aina jäänyt yksityisten henkilöitten tai erinäisten yhdistysten tehtäväksi*”. Uusien aatteiden käytäntöön soveltamiseksi vaadittiin ehdottomasti vapaampia ja nopeammin olosuhteisiin mukautuvia toimintamuotoja kuin mitä valtion ja kuntain hallintoelimet tavallisesti olivat. Tämän mallin Ylppö oli nähnyt toimivan käytännössä Saksassa, jossa lasten terveysneuvonta kaupungeissa oli saanut alkunsa yksityisten järjestöjen toiminnasta.²⁷⁵

²⁷¹ Ylppö 1923, 7–11.

²⁷² Ylppö 1923, 13; Ylppö 1925.

²⁷³ Ylppö 1923, 20. Kursivointi Ylpön.

²⁷⁴ Ylppö 1923, 23.

²⁷⁵ Ylppö 1923, 31. Kursivointi Ylpön

Ylppö teki useissa kirjoituksissaan ehdotuksia lastenhoidon neuvonnan järjestämiseksi. Hän sovelsi saksalaista lastenneuvolamallia vähäisemmän lääkäritiheyden omaavaan Suomeen suosittelemalla kaupunkeihin ja suuremmille teollisuuspaikkakunnille perustettavaksi Berliinin tapaan ”pikkulasten huoltoloita”, joissa tuli ”ennen kaikkea” olla hoitajatar. Oli myös suotavaa, että huoltolassa toimisi lääkäri, ”jos vain suinkin sellainen on saatavissa”. Huoltoloiden pitäisi ensisijaisesti olla kaupunkien tai kuntien kustantamia ja järjestämiä, ja vasta toissijaisesti yksityisten järjestöjen. Lähes kaikki äidit tarvitsivat huoltolan neuvoja, sillä ”vain noin 30 %:ssa kykenevät äidit meikäläisissä oloissa lapsiaan kunnollisella tavalla omin avuihinsa hoitamaan”.²⁷⁶ Tässä Ylppö myötäili KAVH:n sosiaalihygieenisen osaston johtajaa Fritz Rottia, jonka mukaan kaikkien lasten hoidossa tarvittiin asiantuntijaohjausta piilevien terveysriskien vuoksi, samoin kuin 2/3 vastasyntyneistä tarvitsi lääketieteellistä huomiota.²⁷⁷

Maaseudulla huoltolat voitaisiin Ylppön mielestä perustaa lastenkotien yhteyteen, tai sitten ”lastenhuoltajattaret” tai lastenhoitoon koulutusta saaneet ”sairaanhoitajattaret” kiertäisivät kodeissa tekemässä neuvontatyötä. Viimeinen toive oli, että kunnan kättilö omistaisi entistä suurempaa huomiota piirinsä lastenhuoltotyöhön.²⁷⁸ Mielenkiintoinen on Ylppön laatima hierarkia, jonka mukaan kättilöt olivat lastenhoidon neuvojina alimmalla portaalla. Tämä heijasti käytäntöä KAVH:ssa, jossa koulutetut lastenhoitajat huolehtivat neuvontatyöstä. Monissa maissa kuitenkin kättilöt vastasivat imeväisten hoidon neuvonnasta.²⁷⁹

Ylppö nosti ensimmäisenä suomalaisena esiin sen seikan, että kaupungit olivat ja jatkossa tulisivat olemaan maaseutua terveellisempiä asuinpaikkoja pienille lapsille, sillä lastenhuoltotoiminta on kaupungeissa kokenut ”suurta edistystä”.²⁸⁰ Suomessa vuonna 1919 kaupunkien imeväiskuoletisuus oli ensimmäisen kerran maaseutua matalampi. Eniten painoarvoa tilastoissa oli suurimmalla kaupungilla Helsingillä, jossa lasten huoltoon ja neuvontaan oli panostettu jo 1900-luvun alusta alkaen.²⁸¹

Lähes kaikki Ylppön kirjoitukset käsitelivät lasten terveydenhuoltoa. Eugeneeninen ja samalla sosiaalihygieeninen ajatus ”positiivisesta terveydestä” ilmeni terveiden elämäntapojen, liikunnan ja karaisun suosimisena. Ylppö oli tunnetusti se henkilö, joka opetti Suomen äidit nukuttamaan pienokaisensa ulkona talvipakkasellakin.²⁸² Hänen tehtävänsä lastenlääkärinä oli auttaa yksilöä saavuttamaan täyden geneettisen potentiaalinsa.

Arvo Ylppö on kautta aikojen tunnetuimpia henkilöitä Suomessa. Pitkän ja aktiivisen elämänsä aikana hän vaikutti käytännössä kaikkiin toimiin las-

²⁷⁶ Ylppö *THL* 1921, 75–76.

²⁷⁷ Weindling 1989, 207.

²⁷⁸ Ylppö 1921, 21–22.

²⁷⁹ Komiteamietintö 1922, 540:91:1; kts. m. Ylppö 1922.

²⁸⁰ Ylppö 1923, 22.

²⁸¹ Helsingissä imeväiskuoletisuus lähti jyrkkään laskuun vuodesta 1919 alkaen, jolloin imeväiskuoletisuus oli 84 %, ensimmäisen kerran alle 100 %. Ruotsalainen 1925.

²⁸² Tourula et al. 2008, 269.

tentautien ja lastensuojelun alalla. Lastensuojelun keulakuvana hän on osaltaan nostanut lasten ja samalla lastentautien arvostusta Suomessa.²⁸³ Berliinin kansainvälinen lastenlääkäriyhteisö ennen ensimmäistä maailmansotaa vaikutti maailmanlaajuisen asiantuntijaverkoston syntymiseen. Sen lisäksi, että Ylppö ylläpiti tiiviitä yhteyksiä Saksaan, hän oli Kansainvälisen lastenlääkäriliiton, ja Pohjoismaisen lastenlääkäriyhdistyksen aktiivinen jäsen.²⁸⁴ 1920- ja 1930-luvulla hän osallistui Euroopassa käytännössä kaikkiin kansainvälisiin lastentautiopin kongresseihin. Ylpöllä oli läheiset henkilökohtaiset yhteydet myös Pohjoismaisiin johtaviin lastenlääkäreihin.²⁸⁵ Kontaktit osoittautuivat tärkeiksi toisen maailmansodan aikana, jolloin Ruotsiin siirrettiin sairaita lapsia hoitoon Suomesta.

2.3 Sairaanhoidajien anglosaksinen koulutustraditio

Ehkäisevän terveydenhuollon toimintatapojen kehittymisen kannalta Suomessa oli merkittävää, että kansainvälisiä vaikutteita tuli usealta suunnalta. Lääkärikunnan yhteyksien suuntautuessa pääasiassa Saksaan ja Ruotsiin olivat sairaanhoidajien tärkeimmät kontaktit anglosaksisia. Kun 1920-luvulla tuli ajankohtaiseksi kouluttaa ehkäisevään terveydenhuoltoon erikoistuneita sairaanhoidajia, tärkeimpänä esikuvana oli Yhdysvalloissa toimiva *public health nurse*. Anglosaksisen yhteyden luoja oli Sophie Mannerheim (1863–1928), kenraali Mannerheimin sisar, joka valmistui vuonna 1902 Lontoossa St. Thomasin sairaalassa Florence Nightingalen sairaanhoidajakoulusta.²⁸⁶

Sairaanhoidajan ammattia pidettiin jo 1800-luvun lopulla sopivana keski- ja ylemmänkin luokan perheiden tyttärille. Sophie Mannerheim toimi vuodesta 1904 alkaen Helsingin Kirurgisen sairaalan ylihoitajana ja sen kolmi-vuotisen sairaanhoidajatarkoulun johtajana. Koulun oppilaista valtaosa oli ylioppilaita, joista monilla oli lisäksi vielä yliopisto-opintoja takanaan.²⁸⁷ Kirurgisesta sairaalasta valmistuneet sairaanhoidajat muodostivat Suomen ”sairaanhoitajaeliitin”, joista monet lähtivät 1920- ja 1930-luvulla Punaisen Ristin ja Rockefeller-säätiön stipendien turvin suorittamaan jatko-opintoja sosiaalisessa terveydenhoidossa ja hoitotieteessä Englantiin ja Yhdysvaltoihin. Lontoossa sijaitseva sisäoppilaitoksena toimiva *Bedford College* keräsi ensimmäisen maailmansodan jälkeen kaikkialta maailmasta sairaanhoidajia

²⁸³ Turpeinen 1987, 375.

²⁸⁴ Pohjoismaisen lastenlääkäriyhdistyksen ensimmäinen kansainvälisesti merkittävä kokous pidettiin 1930 Tukholmassa. Ylppö 1964, 337–346.

²⁸⁵ *Suomen lääkärin* 1940.

²⁸⁶ Diakonissakoulutus alkoi vuonna 1867 Helsingin Diakonissalaitoksella. Vuonna 1880 alkoi Punaisen Ristin kustantamana kolmikuinen sairaanhoidajien koulutus. Vuodesta 1889 Kirurgisessa sairaalassa aloitettiin kuuden kuukauden sairaanhoidajakoulutus, joka vähitellen piteni vuonna 1919 kolmi-vuotiseksi. Turun, Viipurin ja Mikkelin lääninsairaaloissa alkoivat maksuttomat sairaanhoidajatarkousit vuonna 1893. Sorvettula 1998, 63–67, 102–108. Sairaanhoitajat toimivat enimmäkseen sairaaloissa. Maaseudulle alettiin palkata kiertäviä sairaanhoidajia vuodesta 1899 lähtien, kun kunnat alkoivat saada valtionapua heidän palkkaamiseensa. Kiertävät sairaanhoidajat olivat yleensä diakonissoja tai nuorempia sairaanhoidajia, joiden koulutus oli 6 kk–1 vuotta. Sorvettula 1998, 99–102.

²⁸⁷ Tallberg 2000 KB. Sorvettula 1998, 63–71.

opiskelemaan terveyden- ja sairaanhoitoa Punaisen Ristin stipendien turvin. Koulusta valmistuneet sairaanhoitajat sijoituivat omissa maissaan terveydenhuollon hallintoon sekä sairaanhoitajakoulujen johtotehtäviin ja muodostivat samalla tiiviin kansainvälisen verkoston, joka piti yhteyttä kansainvälisten kokousten ja kirjeenvaihdon avulla. New Yorkissa sijaitseva yliopistollinen *Columbia Teacher's College* taas valmisti sairaanhoidon opettajia.²⁸⁸ Ensimmäisenä Columbian yliopistoon lähti vuonna 1911 Sairaanhoitajatar-ryhdistyksen oppilaskodin johtajatar Ellen Nylander.²⁸⁹ Vuonna 1915 Hjördis Eklund suoritti siellä ensimmäisenä suomalaisena sairaanhoitajana *Bachelor of Science in Education*-tutkinnon.²⁹⁰ Anglosaksinen traditio hoitotieteissä oli näin ollen vahva jo ennen toista maailmansotaa.

Esimerkkeinä vaikutusvaltaisista, laajat kansainväliset verkostot omaavista sairaanhoitajista toimivat Tyyne Luoma, Venny Snellman ja Kyllikki Pohjala, jotka tekivät pitkän uran kansanterveyden kehitystyön parissa, sekä kullissien takana että julkisuudessa. He valmistuivat Kirurgisen sairaalan sairaanhoitajakoulusta vuonna 1917 ja siis tunsivat toisensa hyvin jo opiskeluaikana. Tyyne Luoma (1893–1970) hakeutui vuonna 1921 omin varoin työ- ja opiskelumatkalle Yhdysvaltoihin ja kouluttautui terveyssisareksi sosiaalityön keskuksessa *Henry Street Settlementissa*. Käytännön opiskelun ohella hän suoritti New Yorkin Columbia-yliopistossa kansanterveystieteiden ja terveydenhuoltotyön kursseja. Vuonna 1931 hänet kutsuttiin Valtion terveydenhuolto-opiston johtajaksi. Sitä ennen hän perehtyi lähes vuoden ajan Rockefeller-stipendiaattina terveyssisarkoulutukseen ja terveyssisartyöhön Yhdysvalloissa ja Kanadassa sekä opiskeli New Yorkin Columbia- ja Clevelandin yliopistoissa. Toisen maailmansodan aikana hän toimi Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunnan jäsenenä ja myöhemmin WHO:n pysyvänä asiantuntijana.²⁹¹

Venny Snellman (1893–1966) osallistui Sophie Mannerheimin lähettämänä Lontoon Bedford Collegessa pidettävälle terveyssisarkurssille, jolta hän valmistui vuonna 1922. Hän toimi Mannerheim-liiton lastenhoidon tarkastajana ja vuodesta 1924 alkaen terveyssisarkoulutuksen johtajana. Vuonna 1929 hänet valittiin lääkintöhallitukseen valmistelemaan valtiollista sairaanhoitajakoulutusta. Työhön hän valmistautui puolen vuoden koulutuksella Yhdysvalloissa Rockefeller-säätiön tarjoamalla stipendillä. Suomalainen lääkärikunta ei yleisesti osannut englantia ennen toista maailmansotaa, ja käytännössä kaikki oppikirjat olivat saksankielisiä. Lääkintöhallituksessa ainoa sujuvasti englantia taitava henkilö oli Venny Snellman, jonka asema ja työnkuva saivat näin suuren painoarvon. Hänestä tulikin lääkintöhallituksen yh-

²⁸⁸ Sairaanhoitajaeliitistä, kts. Huhtela 2009, 104–107; Sorvettula 1998, 426–466. Sorvettulan mukaan ulkomaisia opintoja harjoitti ennen toista maailmansotaa 22 sairaanhoitajaa, joista 11 opiskeli Lontoossa ja yhdeksän Yhdysvalloissa. Bedford College kts. myös Tuke 1939.

²⁸⁹ *Epione* 7–8/1911.

²⁹⁰ Laiho 2005.

²⁹¹ Siivola 2000 KB; Benson 1973.

dyshenkilö Rockefeller-säätiöön. Myös Venny Snellman toimi myöhemmin WHO:n asiantuntijatehtävissä.²⁹²

Kyllikki Pohjala (1894–1979) vietti useita vuosia Yhdysvalloissa valmistuen Columbian yliopistosta sairaanhoidon opettajaksi vuonna 1927. Hän toimi *Sairaanhoitaja*-lehden päätoimittajana 40 vuotta vuosina 1925–1963 sekä Suomen Sairaanhoitajaliiton puheenjohtajana vuosina 1935–1963. Varsinaisen poliittisen uransa Pohjala teki Kansallisen Kokoomuksen kansanedustajana vuosina 1933–1962. Hän ajoi läpi sairausvakuutuslain vuonna 1963 toimiessaan sosiaaliministerinä. Kyllikki Pohjalaa onkin kutsuttu sairausvakuutuksen äidiksi. Pohjalan kansainväliset yhteydet osoittautuivat tärkeiksi toisen maailmansodan aikana, jolloin Pohjala pystyi organisoimaan humanitaarista apua Suomeen Yhdysvalloista.²⁹³

1920-luvun alussa Suomen sairaanhoitajayhdistyksen julkaiseman *Epione*-lehden sisällysluetteloista päätellen kansainvälinen toiminta oli erittäin vilkasta Ruotsiin, anglosaksisiin maihin ja Saksaan päin. Lehden kirjeenvaihtajajäsenet kertoivat kokemuksistaan ja havainnoistaan eri maiden koulutus- ja sairaanhoidon organisaatioista. Vuonna 1921 E. N. (todennäköisesti Ellen Nylander) pohti sairaanhoitajan suhdetta kansanterveystyöhön käymällä läpi muiden maiden sairaanhoitajien jatkokoulutusmahdollisuuksia. Ruotsissa oli käynnistetty vuoden jatkokoulutus *distriktssköterskan*²⁹⁴ työhön. Saksassa niin sanottuun *Soziale Fürsorge*-toimintaan vaadittiin ainakin johtavassa asemassa olevilta henkilöiltä laaja jatkokoulutus myös yhteiskunnallisissa kysymyksissä, mutta etenkin USA:ssa sairaanhoitajan merkitys oli suurin niin kutsutussa sosiaalisessa työssä. Peruskoulutus oli kolme vuotta, ja yliopistotason jatkokoulutus oli mahdollista Columbia yliopiston *Teacher's Collegessa*. Nylanderin mukaan amerikkalainen sairaanhoitaja-ideaali oli irtautunut perinteisestä ”enkelityypistä”, ja sairaanhoitaja oli uudenaikaisena ammattilaisena asetettu tieteen palvelukseen. Yhdysvalloissa häntä kuvailtiin ”kasvattiäidiksi”, jonka tehtävä oli aina kaikissa tilanteissa vaalia elämää. Artikkelin mukaan jatkokoulutusta suunniteltaessa pitäisi ottaa esimerkiksi nimenomaan Yhdysvalloista.²⁹⁵ Tähän yhteyteen sopii hyvin Irma Sulkusen muotoilema käsite yhteiskunnallisesta äitiydestä, jossa sivistyneistönäisen äidillisyyys suuntautuu yhteiskuntaan, kodista ulospäin.²⁹⁶

Kun itsenäisyyden alkuvuosina alettiin valmistella lastenhoitaja- ja terveyssisärikoulutusta, oli suunnitteluun osallistuneiden erikoissairaanhoitajien ulkomaisilla vaikutteilla, kokemuksilla ja yhteyksillä tärkeä merkitys. Lääkärikunnan, etenkin Ylpön toimiessa julkisuuden keulakuvana ja linjapu-

²⁹² Tallberg 2000 KB; Huhtela 2009, 20–21; Sorvettula 1998, 426–466.

²⁹³ Sorvettula 2000 KB; Eduskunnan matrikkeli; Kansallisen Kokoomuksen keskusarkisto. Kyllikki Pohjala. Verkkolähde Pohjala 1966, omaelämäkerta. Sodanaikaisesta toiminnasta kts. tarkemmin luku 4.

²⁹⁴ Ruotsissa vuonna 1919 valtio alkoi antaa valtionapua kunnille, jotka palkkasivat suoraan piirilääkärin alaisia sairaanhoitajia, *distriktssköterskor*. Heidän tehtävänsä sairaanhoidon lisäksi oli antaa hygieniaopetusta ja neuvoa pikkulastenhoidossa. Sundin et al. 2004, 420–421.

²⁹⁵ *Epione* 2/1921, 11–17.

²⁹⁶ Sulkunen 1987, 167.

heiden pitäjänä, vastasivat sairaanhoitajat, erityisesti Venny Snellman, Tyyne Luoma ja Folkhälsan-järjestön Rachel Edgren uusien lastenhoitajien ja terveyssisarten käytännön koulutuksesta. Sairaanhoitajakunnan yhteydet anglosaksiseen maailmaan korostuivat 1930-luvun loppupuolella entisestään yhteistyön tiivistyessä Rockefeller-säätiön kanssa.

2.4 Lastensuojelujärjestöt itsenäisessä Suomessa

Suomen itsenäistymisen jälkeisiä vuosia leimasivat jyrkät yhteiskunnalliset vastakkainasettelut ja poliittiset ristiriidat. Joulukuun 1917 itsenäisyysjulistusta seurasi tammikuussa 1918 alkanut lyhyt ja verinen sisällissota, joka päättyi valkoisten voittoon ja punaisten häviöön. Vaikka itse sota kesti vain noin kaksi kuukautta, taisteluissa, terroriteoissa ja vankileireillä kuoli kaiken kaikkiaan 36 000 henkeä, joista 27 000 oli punaisia.²⁹⁷ Sisällissodan jälkeistä aikakautta kutsutaan usein valkoiseksi Suomeksi. Demokraattinen valtiojärjestys säilyi, mutta valtionhallinto oli suppea ja keskittyi lähinnä laillisuuden ja järjestyksen ylläpitämiseen, vaikka sosiaaliset ongelmat olivat vaikeita ja kärjistyivät entisestään sisällissodan seurauksena.²⁹⁸ Toki sosiaalilainsäädäntöä uudistettiin, mutta vasta 1930-luvun loppupuolella punamultahallituksen myötä nousi ajankohtaiseksi ajatus valtion laajentuneesta vastuusta kansalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista.²⁹⁹ Yhteiskunnalliset toiminnot olivat pitkälti valkoisten kansalaisjärjestöjen käsissä, joista tärkeimpiä olivat Suojeluskunta- ja Lottajärjestöt. Jatkossa esiteltävät kansanterveys- ja lastensuojelujärjestöt olivat elimellinen osa tätä ”valkoista kansalaisyhteiskuntaa”.³⁰⁰

Kansanterveyden asiantuntijat toteuttivat uudistuspyrkimyksiään kansalaisjärjestöjen piirissä, joista monet toimivat kaksijakoisesti. Ne olivat yhtäältä filantrooppisia hyväntekeväisyysjärjestöjä, toisaalta asiantuntijaorganisaatioita, jotka kehittivät Suomen myöhemmin lakisääteiseksi tulevaa kansanterveys- ja sosiaalipolitiikkaa ja antoivat valtiovallalle lausuntoja lakiesityksistä.³⁰¹

Keskustelu lasten terveysneuvonnan tai ”lastenhuoltoloiden” lisäämisestä ja mahdollisesta kunnallistamisesta käynnistyi itsenäistymisen jälkeen vuonna 1918. Ensimmäinen maailmansota ja sitä seurannut sisällissota yhdistettynä vaikeaan elintarviketilanteeseen näkyi imeväiskuolleisuuden kohoamisena. 1900-luvun toisella vuosikymmenellä imeväiskuolleisuus oli asettunut 110–120 promillen tasolle hypätäkseen vuonna 1919 ennätyksellisen korkealle 135 promilleen.³⁰² Pahimman kostomentaliteetin laannuttua sisällissodan jälkeen huomiota alettiin kiinnittää suojattomien lasten tilanteeseen. Sota

²⁹⁷ Hentilä 2006, 106–114.

²⁹⁸ Tiihonen 1984, 6–7; Eräsaari 1984, 29.

²⁹⁹ Pulma 1987, 198–201; Tiitta 2009, 135.

³⁰⁰ Mika Siiroksen väitöskirjassa *Vapaussodan perintö* vuodelta 2011 analysoidaan Iisalmen valkoista paikallisyhteisöä.

³⁰¹ Mandelin 1941. Asiantuntijajärjestöjen ja valtion välisistä suhteista katso Kettunen 2001, 243.

³⁰² Findikaattori. Imeväiskuolleisuus. Verkkolähde.

jätti perinnökseen noin 20 000 sotaorpoa, joista punaisten osuus oli lähes 90 prosenttia. Yhteiskunnallisen koheesion vuoksi nousevaan polveen oli panostettava, ja lastensuojelukenttä aktivoituikin voimakkaasti sisällissodan jälkeen.³⁰³ Panu Pulman mukaan 1920-luvulla elettiin lastensuojelun aatteellista kukoistuskautta, jossa yksityinen lastensuojelutoiminta oli vallitsevaa.³⁰⁴ Ennalta ehkäisevä lastensuojelutyö, johon lastenneuvolatoiminta luettiin, jäi yksityisille järjestöille. Kunnallisessa lastensuojelutyössä keskityttiin pahan-tapaisten ja turvattomien lasten huoltoon.³⁰⁵

Lastenhoidon neuvontatyössä kohderyhmäksi muotoutui erityisesti kaupunkien ja teollisuuspaikkakuntien työväenluokka. Kun vuosisadan alussa neuvontatyön tärkeimpänä tehtävänä maitopisaraliikkeessä oli pelastaa imeväisiä lähes varmalta kuolemalta, nyt tavoitteena oli saada lapset kasvamaan terveiksi, itsenäisen Suomen yhteiskuntakelpoisiksi kansalaisiksi.³⁰⁶ Taustalla vaikuttivat myös syntyvyyden aleneminen sekä pelko degeneraatiosta ja ”rodun” huononemisesta.³⁰⁷ Suomessa lastenneuvolatoiminta oli käytännössä kansalaisjärjestöjen vastuulla, tosin usein kaupunkien avustamana, aina talvisodan puhkeamiseen saakka.

Kielen ja politiikan jännitteet

Itsenäisyyden alussa Suomen lastensuojelukenttä oli hajallaan ja koostui erilaisista filantrooppisista naisyhdistyksistä. Aloite lastensuojelualan yhtenäistämistä tuli valkoiselta puolelta. Pyrkimyksenä oli koota yksi yhteinen kattojärjestö, joka vahvuudellaan voisi painostaa valtiovaltaa lastensuojelullisiin uudistuksiin.³⁰⁸ Tähän ei kuitenkaan päästy; poliittisten vastakkaisuuksien ja kahtiajakautumisen lisäksi myös kielelliset ristiriidat olivat vahvoja. Ruotsinkielinen eliitti koki olevansa ahdistettu ja pelkäsi ruotsinkielisen ”rodun” häviämistä Suomessa. Tuloksena oli kolme kansanterveyttä ja lasten hyvinvointia edistävää järjestöä: Kasvatuskotiyhdistys, Föreningen Folkhälsan för Svenska Finland (tästä lähtien Folkhälsan) ja Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto (tästä lähtien Mannerheim-liitto), joilla kaikilla oli toisistaan poikkeava toiminta- ja ideologinen profiili.³⁰⁹

Ester Ståhlberg, presidentti Ståhlbergin puoliso, perusti Kasvatuskotiyhdistyksen vuonna 1922. Nimi muutettiin pian muotoon Koteja kodittomille lapsille ja 1940-luvulla Pelastakaa lapset ry:ksi. Järjestö perusti lastenkoteja ja välitti orpolasten adoptioita. Ensimmäisen 15 toimintavuoden aikana yh-

³⁰³ Sisällissodan jälkeisessä ”valkoisessa kansalaisyhteiskunnassa” sotaorpojen kohtelu riippui tosin siitä, kummalla puolella heidän vanhempansa olivat taistelleet. Valkoisten lapset saivat valtion eläkkeen, punaisten lapset taas saivat avun köyhäinhuollosta. Kaarninen 2008; Pulma 1987, 123–136; Paavilainen 2012, 19–43.

³⁰⁴ Pulma 1987, 123.

³⁰⁵ Pulma 1987, 173–174.

³⁰⁶ Paavilainen 2012, 26.

³⁰⁷ Harjula 2007, 40–54.

³⁰⁸ Pulma 1987, 188.

³⁰⁹ Järjestöjen keskinäisistä kiistoista kts esim Korppi-Tommola 1990, 40–42; Paavilainen 2012, 19–57.

distys hankki kodin 5000 lapselle. Järjestö pystyi toisen maailmansodan aikana kansainvälisten kontaktiensa avulla (erityisesti Ruotsin *Rädda Barnen*) järjestämään lastenruokintaa varsinkin vaikeana vuonna 1942, jolloin elintarvikehuolto oli huonoimmillaan.³¹⁰

Keskityn työssäni Folkhälsaniin ja Mannerheim-liittoon, jotka aloittivat kumpikin omalla tahollaan järjestelmällisen lasten terveysneuvonnan. Molempia järjestöjä yhdisti äitiyden ja perheen korostaminen, maternalismi, joka oli aikakauden yleinen ideologia sekä oikealla että vasemmalla. Valtaosa ruohonjuuritason aktiivijäsenistä oli keskiluokkaisia naisia, sekä kotirouvia että virkanaisia. Järjestöjen johdossa oli kuitenkin myös miehiä asiantuntija-tehtävissä ja keulakuvina antamassa työlle arvovaltaa.³¹¹ Sekä Folkhälsan että Mannerheim-liitto yhdistivät työhönsä asiantuntijuuden ja filantropian, tosin hieman eri periaatteilla.

Folkhälsan – ruotsalaisen rodun puolesta

Samfundet Folkhälsan i svenska Finland perustettiin vuonna 1921. Perustamiskirjan ensimmäisen pykälän mukaan järjestön tehtävä oli edistää kansanterveyttä ruotsinkielisessä Suomessa, osittain tutkimalla monipuolisesti ja tieteellisesti väestön henkistä ja ruumiillista terveydentilaa, osittain vaikuttamalla siihen käytännön toimenpitein. Järjestön taustalla oli vuonna 1911 perustettu Florinin komissio, jonka tehtävänä oli tukea suomenruotsalaisen väestön psyykkistä ja fyysistä terveyttä selvittävää tieteellistä tutkimustyötä. Komission sihteerinä toimi Harri Federley, eläinlääkäri ja perinnöllisyystieteilijä, joka vuonna 1923 nimitettiin Suomen ensimmäiseksi perinnöllisyystieteen professoriksi. Vuonna 1920 vuorineuvos Wilhelm Schaumannilta saadun 750 000 markan perinnön avulla voitiin lähteä kehittämään komission toimintaa, jonka käytännön työhön saatiin vaikutteita Saksasta.³¹²

Vuonna 1921 Florinin komissio jatkoi tehtävänsä Folkhälsan-nimisenä. Yhdistys jakaantui kahteen osastoon, tieteelliseen (Florinin komission jäsenet) ja käytännöllis-hygieniseen (*praktisk-hygienisk*). Tieteellisen osaston tehtävänä oli tehdä tutkimusta suomenruotsalaisen väestön parissa. Tästä haarasta kehittyi vähitellen Folkhälsanin perinnöllisyystieteellinen jaosto, jonka perintöä jatkaa vuonna 1962 perustettu *Samfundet Folkhälsans Genetiska Institut*.³¹³ Näin Folkhälsanin asiantuntijuuden erikoisalaksi muodostui perinnöllisyystiede, joka kuitenkin alkuvaiheessa merkitsi eugeniikkaa ja erityisesti ruotsinkielisen väestön rodullista tutkimusta. Käytännöllis-

³¹⁰ Paavilainen 2012, 41; Pulma 1987, 188–190; Pelastakaa lapset –verkkosivusto.

³¹¹ Sosialidemokraateista ja maternalismista, kts Sulkunen 1989; Lähtenmäki 2000.

³¹² Suom. Laurent. Alkuperäinen teksti: ”Samfundet Folkhälsan i svenska Finland har till uppgift att verka för folkhälsans främjande i svenska Finland, dels genom allsidig vetenskaplig undersökning av befolkningens andliga och kroppsliga hälsa, dels genom praktiska åtgärder ägnade att inverka på denna”. *Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland 1921–1946. (Folkhälsan)* 1946, 16–17.

³¹³ Samfundet Folkhälsans genetiska institut 40 år. Verkkolähde.

hygieenisen osaston päätehtäväksi muodostui kansanterveydellinen valistustyö.³¹⁴

Historiankirjoitus Folkhälsanista on kaksijakoista. Sekä kattojärjestöstä että paikallisosastoista on laadittu useita juhlakirjoja ja historiikkeja, joissa esitellään toiminnan kehittymistä jopa ihannoivassa hengessä.³¹⁵ Syster Rachel Edgren, järjestön johtava terveyssisar vuodesta 1921 vuoteen 1956, on lähes Ylppöön verrattava ikoni. Ann-Gerd Steinbyn mukaan hän oli olemukseltaan vaatimatonta ja syrjäänvetäytyvä, minkä seurauksena hänestä on jäänyt hyvin niukasti kirjallisia jälkiä.³¹⁶ Akateemisessa historiankirjoituksessa on keskitytty Folkhälsanin eugeneiseen toimintaan, mikä on ymmärrettävää, sillä järjestön pitkäaikainen puheenjohtaja Harry Federley ajoi aktiivisesti rotuhygieenistä lainsäädäntöä ja oli muun muassa mukana valmistelemassa vuonna 1935 voimaan astunutta sterilisaatiolakia.³¹⁷

Folkhälsan perusti paikallisosastoja Suomen ruotsinkielisille alueille, erityisesti Pohjanmaalle. Vuonna 1922 järjestöllä oli jo 22 paikallisosastosta, joista 16 sijaitsi Pohjanmaalla.³¹⁸ Alkuvaiheessa yleisötilaisuuksien puheissa painotettiin eugeniikkaa. Niinpä vuonna 1922 lääkäri Hansson kertoi Turunmaalla Yhdysvaltojen rotuhygieenisestä lainsäädännöstä, ja Kokkolanseudulla lääkäri Staudinger puhui degeneraatiosta ja perinnöllisyyden merkityksestä kansanterveydelle.³¹⁹ Tehokkaana keinona rotuhygieenisen sanoman levittämässä toimivat äitipalkinnot, joita jaettiin vuosina 1920–1939. Äitipalkinnoilla haluttiin rohkaista parhaita suomenruotsalaisia perheitä hankkimaan lapsia ja näin lisäämään toivotun kaltaisen väestön määrää isänmaassa. Tärkeänä paikallisena yhteistyökumppanina perheiden valitsemisessa oli ruotsinkielinen *Martha-förbundet*.³²⁰ Harry Federleyn mukaan palkinnon perustamisella oli tarkoitus lisätä ruotsinkielisen väestön ymmärrystä siitä, kuinka ”tärkeä merkitys terveellä ja kelvollisella talonpoikaishuoneella (allmogestam) on ruotsalaisen väestön menestymiselle maassamme”.³²¹ Myös lastenlääkärit toimivat aktiivisesti Folkhälsanissa. Professori Wilhelm Pipping osallistui käytännöllis-hygieenisen osaston toimintaan ja oli mukana

³¹⁴ *Folkhälsan* 1946, 21.

³¹⁵ Vuonna 1946 ilmestyi järjestön 25-vuotisjuhlakirja *Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland 1921–1946* ja vuonna 1998 Ann-Gerd Steinbyn laatima 75-vuotisjuhlakirja *Sjuttiofem år För Folkhälsan. Samfundet Folkhälsan 1921–1996*. Folkhälsanin paikallisosastot ovat myös tuottaneet paikallishistorioita, esim. Närpiöstä Miemois 1971.

³¹⁶ Steinby 1998, 35–38.

³¹⁷ Federleyn rotuhygieenisistä ajatuksista Federley 1920; Mattila 1999, 207–214. Federley (1879–1951) toimi järjestön puheenjohtajana vuodesta 1937 kuolemaansa saakka. Hietala 2003 KB.

³¹⁸ *Folkhälsan* 1946, 21.

³¹⁹ FH vk 1922–1923. Ebn 3, LKHV, KA.

³²⁰ Äitipalkinnon saajan oli täytettävä seuraavat kriteerit: molempien vanhempien tuli kuulua ruotsalaiseen kansanainekseen (svenska stammen) ja periytyä terveistä ruotsalaisista vanhemmista. Heillä oli myös oltava vähintään neljä elinvoimaista, henkisesti ja fyysisesti tervettä, hyvin hoidettua 4–17-vuotiasta lasta. Vuosina 1920–1939 järjestettiin kaikkiaan 12 kilpailua, joissa tutkittiin 1250 äitiä perheineen. Palkittuja äitejä oli kaikkiaan 629, joista ainakin 211 sai kunniakirjan lisäksi myös rahapalkinnon. Hietala 1996, 207–218.

³²¹ Federley 1920.

suunnittelemassa äitipalkintojen jakamista sekä lastenhuoltoa.³²² Dosentti Elis Lövegren oli Folkhälsanin puheenjohtaja vuosina 1927–1937.³²³

Folkhälsanin eugeeninen toiminta painottui pääosin positiiviselle puolelle. Sen käytännöllinen jaos oli alusta alkaen hyvin toimielias. Terveystenhoitotyöhön keskittyneiden sairaanhoitajien jatkokoulutus oli ensimmäisenä tärkeysjärjestyksessä. Varsinaista kurssia tehtävään ei aluksi ollut, vaan toimeen nimitetyt hoitajat (*hälsosyster*) harjaantuivat tehtävänsä työskentelemällä kuukauden ajan käytännön työtä johtaneen kättilösairaanhoitaja Rachel Edgrenin alaisuudessa. Ensimmäisenä toimintavuotenaan järjestö oli palkannut jo kolme terveyssisarta Pohjanmaalle. Yleisen terveysvalistuksen lisäksi tärkeitä olivat raittius- ja tuberkuloosihuoltotyö, joihin saatiin valti-onapua.³²⁴ Terveys sisarille asetettiin tavoitteeksi kirjata koko ruotsinkielinen väestö perhekortteihin, joissa huomio kiinnitettäisiin erityisesti tuberkuloosiin esiintyvyyteen.³²⁵ Vuonna 1927 Folkhälsan järjesti ensimmäisen varsinaisen terveyssisarkurssin. Lastenhoitajakoulutus alkoi Helsingissä *Barnavårdsinstitut*enissa vuonna 1933.³²⁶

Järjestö perusti 1920-luvun alussa Pohjanmaalle ensimmäiset paikallisyhdistyksensä, yleensä paikkakunnan sivistyneistön tuella. Uusikaarlepyyssä aktiiviset kokoonkutsujat olivat Backmanin lääkäripariskunta vuonna 1922. Kaupunginlääkäri Elisabeth Backman, yhdistyksen ensimmäinen puheenjohtaja, keskittyi erityisesti lasten terveydenhuollon kehittämiseen. Yhdistys palkkasi vuonna 1924 terveyssisaren, jonka tehtäväksi muodostui kotikäyntien tekeminen ja kouluhoitajattaren työ. ”Rodun” puhtauttakaan ei unohdettu. Vuonna 1923 jaettiin 37 äitipalkintoa. Palkintojenjakotilaisuudessa puheenjohtaja Backman painotti, kuinka ”kasvava nuoriso kasvatuksen ja valistuksen kautta oppii oivaltamaan, kuinka tärkeää on valita aviopuoliso, joka tulee terveestä suvusta eikä kanna taipumusta perinnöllisiin sairauksiin”.³²⁷

Käytännön työssä rotuhygieeniset kysymykset saattoivat aiheuttaa ongelmia. Folkhälsanin terveyssisarkokouksessa vuonna 1926 keskusteltiin aiheesta, kuinka paljon aikaa ja voimia Folkhälsanin sisar voi tuhlaata ”alimittaisiin” (*undermåliga*) lapsiin ja ”toivottomiin” tapauksiin. Keskustelussa tultiin siihen tulokseen, että koska Folkhälsanin toiminta suuntautui ennen kaikkia ”arvokkaaseen kansanosaan” (*värdefulla elementen*), täytyi päähuomio kiinnittää siihen. Jos aika antoi myöten, tuli terveyssisaren olla avuksi ”alimittaisten” lasten perheille ja antaa tietoa erilaisista hoitolaitoksista. Sairaustapauksissa hän ei myöskään voinut kieltäytyä avusta.³²⁸ Vuoden 1939

³²² *Samfundet Folkhälsan* 1921–1931, 1932. Ebn 3, LKHV, KA.

³²³ Lövegren toimi myös Maitopisaran ensimmäisenä palkattomana lääkärinä. Lövegren oli väitellyt tohtoriksi 1905 ja opiskellut sen jälkeen pediatriaa Pariisissa sekä kahteen otteeseen Berliinissä. Hänellä oli myös Helsingissä yksityinen lastensairaala. *Folkhälsan* 1946, *Suomen lääkärit* 1935; Leikola, Anto: Miten Ylpöstä tuli professori? Verkkolähde.

³²⁴ FH vk 1921–1922, Ebn 3, LKHV, KA.

³²⁵ FH vk 1922–1923. Ebn3, LKHV, KA.

³²⁶ Steinby, 1998, 177.

³²⁷ Nykarlebyvyer. Verkkolähde.

³²⁸ *Epione* 1926, 103.

jälkeen ei äitipalkintoja enää jaettu ja rotuhygienia oli siirtymässä takalalle.³²⁹

Folkhälsanin toiminta oli monipuolista. Sillä oli kansalaisjärjestönä elävä yhteys ruotsinkieliseen väestöön ja sen paikallistoimintaan osallistuttiin ”vauvasta vaariin”. Painopisteenä oli kansanterveydellinen valistustyö eli lasten terveysneuvonta, kouluterveydenhuolto ja tuberkuloosityö sekä lastenhoitajien koulutus ja vuoteen 1931 saakka myös terveyssisarten koulutus. 1930-luvun puolivälissä Folkhälsan oli palkannut 40 terveyssisarta, jotka toimivat pääosin ruotsinkielisellä Pohjanmaalla, Ahvenanmaalla ja Turun saaristossa.³³⁰ Kansallisesti järjestöllä oli yhteyksiä ruotsalaiseen pääomaan ja yliopistomaailmaan. Toisin kuin Mannerheim-liitto, joka voidaan luokitella aina 1950-luvun alkuun saakka puolivaltiolliseksi järjestöksi, se ei ollut kiinteästi yhteydessä valtionhallintoon. Paikallisesti jako Mannerheim-liiton ja Folkhälsanin toiminnan välillä meni kielirajojen mukaan. Esimerkiksi Närpiön Folkhälsanin puheenjohtaja kunnanlääkäri Karl Miemois oli aikaisemmin työskennellessään Kalajoella toiminut paikallisen Mannerheim-liiton johdossa.³³¹

Mannerheim-liitto – valkoinen kansalaisjärjestö

Kun Folkhälsan toimi pelkästään ruotsinkielisen väestön parissa, julistautui vuonna 1920 perustettu Mannerheim-liitto kaikkien Suomen lasten suojelua ajavaksi järjestöksi, joka toimi erityisesti niillä aloilla, mihin valtiovallan toimet eivät vielä ulottuneet. Liiton päämääränä oli lastenhoidon tason kohottaminen siten, että maan korkea imeväis- ja lapsikuolleisuus saataisiin alenemaan.³³² Liitto oli aina 1950-luvulle saakka erittäin vaikutusvaltainen asiantuntijajärjestö sekä lastensuojelun ja lasten terveydenhuollon kentällä toimiva kansalaisjärjestö, jolla oli läheiset suhteet valtion hallintoon. Pitkäaikaisen puheenjohtajansa Arvon Ylpön myötä liitosta tuli eräänlainen kansallinen ikoni, jota on käsitelty varsin hellävaroen historiankirjoituksessa. Aura Korppi-Tommola on kirjoittanut vuonna 1990 ilmestyneen liiton tilaushistorian *Terve lapsi – kansan huomen*.³³³ Hieman kriittisempiä äänenpainoja on luettavissa Marko Paavilaisen Lastensuojelun Keskusliiton tilaushistoriasta vuodelta 2012.³³⁴

Liiton perustamisessa aloitteentekijänä toimi Sophie Mannerheim, joka kokosi järjestön perustamista suunnittelevan ryhmän. Siihen kuuluivat muun muassa hänen veljensä kenraali Mannerheim, Arvo Ylppö ja koulu-neuvos Erik Mandelin³³⁵, järjestön tuleva toiminnanjohtaja.³³⁶ Kenraali Man-

³²⁹ Hietala 1985, 150–152.

³³⁰ FH vk 1934–35, Ebn 3, LKHV, KA.

³³¹ *Suomen lääkär*it 1935 ja 1940.

³³² Korppi-Tommola 1990, 5–6.

³³³ Korppi-Tommola 1990.

³³⁴ Paavilainen 2012, 34–39; Pulma 1987, 188–189.

³³⁵ Korppi-Tommola 2005 KB; Korppi-Tommola 1990, 276.

nerheim laittoi arvovaltansa peliin julkaistessaan 5.10.1920 sanomalehdistössä vetoimuksen ”Suomen kansalaisille”, jonka mukaan

*vapaussodan ensimmäisenä vuosipäivänä, tammikuun 28:nä 1919, varasin minä 50 000 Suomen markkaa käytettäväksi semmoisten turvattomien lasten huoltamiseen ja kasvattamiseen, jotka sodan kautta olivat menettäneet holhoojansa, riippumatta siitä, millä puolella nämä taistelussa olivat seisleet.*³³⁷

Lastensuojeluliiton päämääräksi asetettiin siten, että jokainen Suomen lapsi syntymästä lähtien ja ”kautta koko kasvinaikansa” saa oikeutetun osansa siitä hellyydestä ja huolenpidosta joka yksinään voi laskea pohjan nuorten kehitykselle ”hyviksi ja hyödyllisiksi kansalaisiksi”.³³⁸ Kenraali Mannerheim toimi liiton kunniapuheenjohtajana vuosina 1920–1951 eli kuolemaansa saakka.

Liiton läheistä yhteyttä maan korkeimpaan johtoon kuvastaa, että sen kanslia perustettiin kenraalin kotiin. Vaikutusvaltaisissa asemissa olleiden perustajajäsentensä kautta liitto oli yhteydessä Suomen ylimpään kulttuuriin, poliittiseen ja taloudelliseen eliittiin, mikä helpotti järjestön tunnetuksi tekemistä ja nopeaa laajentumista. Vaikka sosiaalidemokraatit oli kutsuttu järjestöön mukaan, he jäivät kuitenkin pois, sillä he eivät voineet asettua Mannerheimiin, ”valkoisen kenraalin” nimeä kantavan järjestön lipun alle.³³⁹ Liitto oli periaatteessa kaksikielinen, mutta ruotsinkielisten edustus oli alimitoitettu. Paavilaisen mukaan sen liittoneuvosto painottui selkeästi oikealle Kansallisen Kokoomuksen suuntaan. Ester Ståhlberg, Kotikasvatusyhdistyksen perustaja, suhtautui uuteen liittoon epäluuloisesti. Näin lastensuojelukenttä jakautui 1920-luvulla ruotsinkielisiin, ”mannerheimilaisiin” ja ”ståhlbergilaisiin”.³⁴⁰ Mannerheim-liiton puheenjohtajana toimivat Sophie Mannerheim vuosina 1920–21 ja professori Arvo Ylppö vuosina 1921–1960.³⁴¹

Sekä Ylppö että Mandelin kiersivät maakunnissa ahkerasti puhumassa lastensuojelusta ja pikkulastenhoidosta perustaen samalla paikallisosastoja. Syksyllä 1920 oli koossa jo 32 paikallisosastoa, ja vuonna 1930 niitä oli 524, siis käytännössä lähes jokaisessa kunnassa.³⁴² Liitolla oli alusta alkaen myös järjestöjäseniä. Monet teollisuuspaikkakunnilla toimineet monipuolista hyväntekeväisyys- ja lastensuojelutoimintaa harjoittaneet naisjärjestöt siirtyivät Mannerheim-liiton riveihin, niin myös Maitopisarayhdistys jo vuonna 1921.³⁴³ Liitto kehittyi valkoisen Suomen kansalaisjärjestöksi, jonka paikallisosastojen johdossa istuivat paikkakunnan opettajat, lääkärit ja apteekkarit. Paikallisosastojen perustamat lastenneuvolat voidaan nähdä osana lasten-

³³⁶ Sophie Mannerheim oli jo vuonna 1917 perustanut Äidinhoitoa lapsille -yhdistyksen, joka Ruotsista saaduilla avustusrahoilla hankki Kalliosta II linjalta huhtikuussa 1918 rakennuksen, jota alettiin kutsua Lasten Linnaksi. Korppi-Tommola 1990, 27–28.

³³⁷ Korppi-Tommola 1990, 27.

³³⁸ Korppi-Tommola 1990, 28–29.

³³⁹ Paavilainen 2012, 36.

³⁴⁰ Paavilainen 2012, 36–43; kts. myös Steinby 1998, 22–24.

³⁴¹ Korppi-Tommola 1990, 273.

³⁴² Vk 1920–1921, Dc:1, MLL, KA; Korppi-Tommola 1990, 51.

³⁴³ Korppi-Tommola 1990, 49–50; Vk 1920–1921, 1922. Dc: 1, MLL, KA.

suojelutoimintaa, jota rahoitettiin jäsenmaksuilla, myyjäisillä ja vuodesta 1931 lähtien myös raha-automaattituloilla.³⁴⁴

Arvo Ylppö pystyi Mannerheim-liiton avulla toteuttamaan jo Saksassa laatimiaan suunnitelmia Suomen lastenhoidon kohottamiseksi. Alkuvaiheessa tärkeimmäksi koettiin lastenhoitoalan koulutuksen järjestäminen. Opetussairaalaan toimi Lastenlinna, eräänlainen Auguste Viktoria-talon miniatyyri. Lastenlinna oli yhdistetty lastenkoti ja lastensairaala, jossa hoidettiin erityisesti pieniä imeväisiä, keskosia ja orpolapsia. Yksinäiset äidit saattoivat tuoda lapsensa sairaalaan hoidettavaksi ja jäädä itse sinne imettäjiksi. Sairaalaan voitiin sijoittaa 40 imeväistä ja kymmenen iältään 1–4-vuotiaasta lasta sekä useampia imettäjiä. (Kuva 2).³⁴⁵ Ensimmäinen, myös koulutustarkeoituksiin perustettu lastenneuvola avattiin Lastenlinnan yhteyteen vuonna 1922. Mannerheim-liitto toimi pääosin lahjoitusvaroin ja jäsenmaksuin, mutta koulutustoimintaan saatiin valtion avustusta.³⁴⁶



Kuva 2 Lastenlinnan hoitajia ja hoidettavia 1920-luvulla. Kuva Helsingin Kaupunginmuseo.

Lastenneuvoloiden luku nousi vähitellen. Niitä perustettiin lähinnä kaupunkeihin ja tehdaspaikkakunnille, joissa aikaisemminkin oli ollut naisyhdistystoimintaa. Vuonna 1925 Mannerheim-liiton paikallisosastot ylläpitivät 26 lastenneuvolaa, joiden määrä nousi 60:een vuonna 1930.³⁴⁷ Maksutto-

³⁴⁴ Korppi-Tommola, 1990, 54.

³⁴⁵ Sorvettula 1998, 121–122; Korppi-Tommola 1990, 58–62; koulutustoiminnasta kts. tarkemmin alaluku 2.4.

³⁴⁶ Siivola 1985, 27–32.

³⁴⁷ Korppi-Tommola 1990, 64.

mien lastenneuvoloiden toiminta oli suunnattu erityisesti kaupunkien ja teollisuuspaikkakuntien työväestön perheille.

Liitto edisti aktiivisesti myös kouluterveyden- ja hammashuoltoa, kouluruokailua, nuorisokerhotyötä ja uimaopetusta.³⁴⁸ Nuorisokerhotyö oli ennaltaehkäisevää toimintaa, jonka tarkoituksena oli teollisuuspaikkakunnilla tarjota lapsille kehittäviä harrastuksia ja näin pitää heidät poissa kaduilta. Liiton poikaurheiluvaliokuntana toimi SVUL:n poikaurheilujaosto. Urheilun edistämiseen liittyi myös voimakkaasti nuorison sotilaallisen kunnan kehittäminen.³⁴⁹ Monen paikallisyhdistyksen toiminta hiipui kuitenkin alkuinnostuksen jälkeen, ja taloudellinen lama 1930-luvun alussa oli lähes murskaava, kun kunnat saattoivat lopettaa yhdistysten tukemisen.³⁵⁰

Liitto voidaan Folkhälsanin tavoin nähdä kaksijakoisena järjestönä. Yhtäältä se toimi asiantuntijaelimenä ja toisaalta taas kansalaisjärjestönä, joka muistutti vahvasti 1800-luvulla alkanutta filantrooppista naisliikettä. Keskustasolla järjestön tärkeimpiä toimintamuotoja olivat erilaiset asiantuntija- ja suunnitteluvaliokunnat, jotka laativat lausuntoja ja ohjesääntöjä valtiovalalle. Liiton koululääkärivaliokunta laati esimerkiksi vuonna 1927 *Suomen maalauskuntien kansakoulujen koululääkärien ohjesäännön*, jonka kouluhallitus tarkasti ja hyväksyi otettavaksi kansakouluissa käyttöön.³⁵¹ Paikallistasolla taas tehtiin perinteistä hyväntekeväisyystyötä muun muassa ompeluseurojen muodossa. Folkhälsanin tavoin järjestettiin opintokerhoja ja pyrittiin palkkaamaan työntekijöitä lastenhoitoon: lastenkaitsijoita, lastenhoidonneuvoja ja terveyssisaria. Tehdaspaikkakunnilla naisyhdistysten toiminta oli ollut jo aikaisemmin vilkasta, siten ”aikaisempi Kymen, Kuusankosken ja Voikan tehdasyhdistyksen Hyväntekeväisyysyhdistys” tuli mukaan kesäkuussa 1922 liittoon toimien sen Kuusankosken osastona. Yhdistys ylläpiti muiden muassa kolmea lastenseimeä, kahta köyhäinhuoltokansliaa ja Maitopisaraa sekä palkkasi kolme diakonissaa. Sen sijaan pienillä paikallisyhdistyksillä ei ollut voimavaroja laajamittaiseen toimintaan. Niinpä Uudenkirkon osaston toiminta supistui ”jouluilon valmistamiseen” Uudenkirkon Naisyhdistyksen orpokodille.³⁵²

Mannerheim-liitolla oli aina 1950-luvun alkuun saakka tiiviit yhteydet Suomen Punaiseen Ristiin (SPR). Se toimi vuodesta 1925 alkaen SPR:n lastensuojeluosastona, ja *Suomen Punainen Risti*-lehti oli myös Mannerheim-liiton jäsenlehti. Lehden ruotsinkielinen versio *Finlands Röda Kors* oli taas Folkhälsanin äänenkannattaja. 1930-luvulla Mannerheim-liitto ja SPR loivat yhteisen piirijärjestelmän, jonka kustannukset jaettiin järjestöjen kesken. Piireihin palkattiin toiminnanjohtaja ja terveyssisar, joista jälkimmäinen huolehti alueen paikallisosastojen terveyssisar- ja neuvolatoiminnan kehittämisestä.³⁵³ On huomattava, että kenraali Mannerheim oli samanaikaisesti

³⁴⁸ Korppi-Tommola 1990, 65–78.

³⁴⁹ Korppi-Tommola 1990, 72–78.

³⁵⁰ Esim. MLL Impilahden paikallisosasto, KA.

³⁵¹ MLL 10 vuotta. Ub, MLL, KA.

³⁵² Vk 1922. Dc: 1, MLL, KA.

³⁵³ Korppi-Tommola 1990, 46–48; Rosén 2002, 301–305.

sekä Mannerheim-liiton kunniapuheenjohtaja että SPR:n puheenjohtaja vuosina 1921–1951.³⁵⁴

Yhteys väliportaan valtionhallintoon oli myös taattu, sillä maaherrat johtivat useita SPR:n piirejä, ja samalla maakuntien silmäätekevät saatiin liitettyä kansalaisjärjestötoimintaan. ”Maaherrayhteydestä” oli paljon hyötyä 1930-luvun lopulla, kun alettiin suunnitella terveydenhoidollisia uudistuksia ja järjestää maakunnallisia ja kunnallisia terveyspäiviä.³⁵⁵

2.5 Yksityinen vai valtiollinen koulutus?

Imeväiskuolleisuus osoitti Suomessa nousua ensimmäisen maailmansodan aikana ja nousi vielä sisällissodan aiheuttaman kriisin seurauksena vuonna 1919 huippulukemiin. Luonnollisiin vertailukohteisiin, Pohjoismaihin nähden, kuolleisuus oli todella korkea. Kuviossa 1 on nähtävissä myös se kiinnostava seikka, että Ruotsissa ja Norjassa imeväiskuolleisuus oli jo alun perin matalampi ja että vuosisadan vaihteen jälkeen kuolleisuuden lasku oli tasaista. Sen sijaan sekä Tanskassa että Suomessa kuolleisuus oli korkeampi ja vaihteli huomattavasti, mikä viittaa yhteiskunnallisiin häiriötekijöihin.³⁵⁶ Olojen rauhoituttua ja elintarvikepulan helpotuttua Suomessa kuolleisuus laski kuitenkin nopeasti 1920-luvun alussa.

Lastenhoidon alhaisen tason ja ammattitaitoisten lastenhoitajien puutteen katsottiin selittävän korkeaa kuolleisuutta. Lastenhoitoalan koulutuksesta tuli kitkerä kiistakapula 1920-luvun Suomessa, sillä vasemmistolle oli tärkeää, että koulutusta varten perustettaisiin valtion laitos. Näin ei kuitenkaan käynyt, vaan lastenhoitajien koulutus jäi yksityisten järjestöjen vastuulle, tosin valtionavun turvin. Sen sijaan terveyssisärikoulutus valtiollistettiin 1930-luvun alussa sairaanhoitajien koulutus uudistuksen yhteydessä.

Pienten lasten hoitoa ja lastenhoidon ammattikoulutusta käsiteltiin kahdessa komiteassa. Ensimmäinen, vuonna 1918 asetettu lastensuojelukomitea ehdotti mietinnössään vuonna 1921 kaupunkeihin ja teollisuustaaajamiin perustettavaksi yksityisten järjestöjen ylläpitämiä pientenlasten hoidon neuvonta-asemia, joita valtio avustaisi ja valvoisi. Maaseudulla neuvontatehtävä annettaisiin Englannin tapaan kätilöille, joiden tulisi saada koulutusta pientenlastenhoidossa.³⁵⁷ Periaatteessa tämä olisi ollut mahdollista, sillä vuoden 1920 kätilölain mukaan kaikkien kuntien oli palkattava kätilö, jonka palkasta valtio maksoi kaksi kolmasosaa. Lain mukaan kätilöiden tuli ohjata äitiä vastasyntyneen hoidossa, mutta heille ei kuitenkaan ollut annettu tähän koulutusta.³⁵⁸

³⁵⁴ Rosén 2002, 244–252.

³⁵⁵ Rosén, 2002, 303.

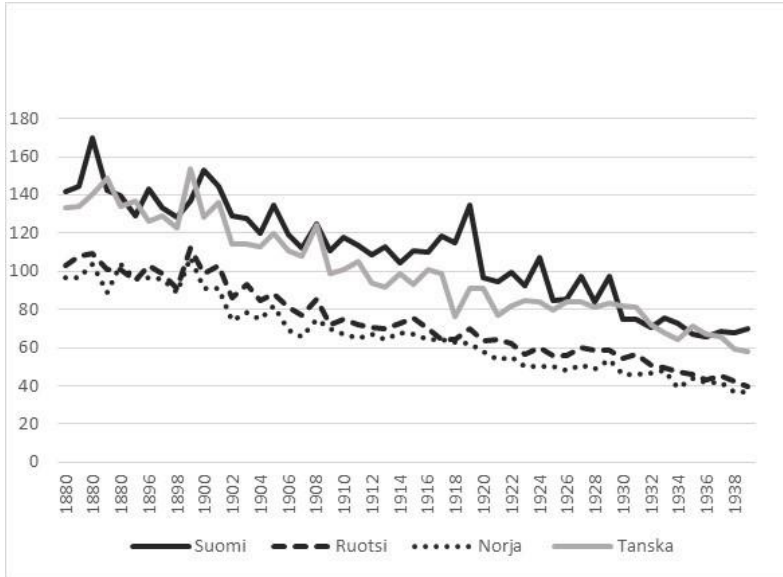
³⁵⁶ Mitchell 1998, 123–126.

³⁵⁷ Pientenlasten neuvontakomitean mietintö, 540:90:1, KA.

³⁵⁸ Laki kätilöiden asettamisesta maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta. 18/1920; Kätilökoulutusta oli annettu Ruotsin valtakunnassa jo 1700-luvun alusta. Suomessa kätilökoulutus on alkanut vuonna 1816. Koulutuksen pituus vaihteli kahdeksasta kuukaudesta kahteen vuoteen. Koulutetut kätilöt olivat

Kuvio 1

Imeväiskuoletisuus 1:1000 Pohjoismaissa vuosina 1880–1939.



Lähde: Mitchell 1998, 123–126.

Komiteamietinnössä ei kuitenkaan tarkemmin puututtu lastenhoitajien koulutukseen. Tämän vuoksi kesäkuussa 1921 perustettiin uusi pientenlastenhoidon neuvontakomitea, jonka tehtävänä oli selvittää, miten pientenlastenhoidon neuvonta olisi organisoitava, ja miten pientenlastenhoidon koulutus olisi järjestettävä.³⁵⁹ Komitean puheenjohtajana toimi kouluhallituksen lastensuojeluosaston päällikkö Adolf von Bonsdorff. Sekä Arvo Ylppö että Mannerheim-liiton perustaman lastensairaala Lastenlinnan johtajatar Toini Leikola olivat komitean jäseniä. Von Bonsdorffin sairastuttua Arvo Ylppö siirtyi komitean puheenjohtajaksi marraskuussa 1921. Komiteamietintö sisälsi samalla laajan katsauksen sodanjälkeisen Englannin ja Saksan lasten terveydenhoitoon ja kuolleisuuteen. Pohjoismaat sivuutettiin hyvin lyhyesti, sillä missään niistä ei ollut valtion säätelmää tai järjestämää lastenhoidon koulutusta. Pohjoismaat eivät osallistuneet ensimmäiseen maailmansotaan, joten kysymys kansakunnan tulevaisuudesta ei ollut noussut dramaattisen ajankohtaiseksi sodan kokeneisiin Englantiin ja Saksaan verrattuna.

Mietinnön mukaan Englannin todettiin olleen eturintamassa, sillä siellä oli toiminut lastenhoitajakouluja jo 1890-luvun alusta alkaen. Lastenhoidon neuvonta-asemia oli perustettu vuodesta 1906 lähtien. Nyt niitä oli jo yli 2000, ja noin 300 000 lasta sai niissä vuosittaista lääkarinapua ja hoitoa.

1800-luvulla kaupungeissa jo yleisiä, mutta maaseutukunnat olivat haluttomia palkkaamaan heitä muun muassa korkeiden kustannusten vuoksi. 1880-luvulla kunnille alettiin maksaa valtionapua kättilön palkkaamiseksi. Vainio-Korhonen 2012; Hänninen 1965, 95–100, 122–123.

³⁵⁹ Komit.m. 540:90:1, KA.

Englannissa imeväiskuolleisuus oli 20 vuodessa puolittunut vuoteen 1920 mennessä 78 promilleen, mikä oli komiteatekstin mukaan ainakin osittain neuvonnan ansiota. Tärkeä huomio oli myös, että eloon jääneet lapset olivat muutoinkin osoittautuneet ”elinvoimaisemmiksi ja terveemmiksi”, niin että vanhempienkin lasten ”kuolevaisuusprosentti” oli alentunut lähes samassa suhteessa. Tämä tuki ajatusta siitä, että alentunut imeväiskuolleisuus ei suinkaan merkinnyt luonnonvalintaan puuttumista siten, että ”synnynnäisesti heikot” olisivat eloon jäämällä huonontaneet ”rotua”.

Saksassa säädettiin vuonna 1917 laki pientenlastenhoitajien koulutuksesta, jonka pohjalta järjestettiin vuoden pituisia kursseja useissa valtion opetustarkoituksiin hyväksymissä pientenlasten hoitokouluissa. Valtio hyväksyi ainoastaan Auguste Viktoria-talon kaltaisia lastenlääkäreiden johtamia laitoksia, joissa ”hoidokkeina” oli sekä terveitä että sairaita lapsia ja imettäviä äitejä. Lähes kaikissa kaupungeissa oli ”neuvonanto-asemia”, jotka olivat yleensä kaupunkien kustantamia ja joissa äidit saivat suoranaista avustusta kaupungin varoista. Myös Saksassa imeväiskuolleisuus oli laskenut sodasta huolimatta.

Komitea katsoi, että ”kansan terveydenhoidon opettajien” tuli olla mahdollisimman läheisessä kosketuksessa ”itse kansan kanssa”. Se pohti kättilöiden asemaa ja merkitystä pienten lasten hoidossa ja neuvonnassa ja totesi, että kättilöt olivat Suomessa henkilöitä, joiden sanalla on ollut ”painava merkityksensä lapsiin nähden” etenkin maaseudulla. Kättilöiden tehtävät kohdistuivat kuitenkin pääasiallisesti synnyttäneiden äitien avustamiseen ja ohjaamiseen heidän lastensa hoidossa. Näin ollen kättilöiden lastenhoidollinen toiminta rajoittuisi etupäässä neuvojen antamiseen niissä perheissä, joiden kanssa he joutuivat kättilöinä kosketuksiin. Ei voinut ajatella, että kättilöt ottaisivat osaa valistustyöhön esitelmiä pitäen ja matkustaen, koska heidän varsinainen toimensa vaati, että he olisivat aina tavattavissa. Ei myöskään ollut sopivaa, että he antaisivat neuvoja isompien sairaiden lasten hoidossa, koska heidän varsinainen kättilötoimensa edellytti, että heitä ei epäiltäisi tartunnan levittäjiksi. Jos kättilöiden toiminta lastenhoidon nevojina rajoittuisi terveiden lasten hoidonneuvontaan, voisi kättilökurssien yhteyteen järjestettävä lastenhoidon opetus riittää.³⁶⁰ Kättilöiden määrä oli lisääntynyt huomattavasti 1890-luvulta lähtien, mutta mietinnön kirjoittamisen aikoihin edelleen yli 50 prosenttia äideistä synnytti ilman ammatillista synnytysapua. Kättilöt olivat maaseudulla ylityöllistettyjä jo pelkästään synnytysten hoitamisesta.³⁶¹

Komitea totesi kuitenkin, että kättilöiden toiminta ei yksin riitä. Mahdollisimman pian tarvittaisiin ainakin taajama-alueille päteviä, varsinaisia lastenhoidonneuvoja huolehtimaan äitien opastuksesta ja perustettavien neuvonanto-asemien hoidosta. Sen lisäksi tarvittiin lastenosastoille sairaaloihin erikoissairaanhoidajia ja myös yksityisiin perheisiin sairaiden lasten hoitajik-

³⁶⁰ Komit.m. 540:90:1, KA.

³⁶¹ Turpeinen 1987, 366.

si ”lastenhoitoon tottuneita apulaisia”. Pientenlastenhoidon neuvojien koulutus olisi ainakin aluksi keskitettävä yhteen oppilaitokseen pääkaupungissa.³⁶²

Ylpön kädenjälki näkyy selvästi komiteatekstin kohdassa, jossa pohditaan valtion oman koulutuslaitoksen perustamisen mielekkyyttä, kun toisena vaihtoehtona oli yksityinen, tässä vaiheessa jo perustettu Lastenlinnan lastenhoitajakoulu. Yksityisellä laitoksella oli kieltämättä monet edut valtion laitokseen nähden, varsinkin kun kysymyksessä oli ”tällainen meillä koetellamaton” ja kaikkialla kehittymässä oleva toiminta. Valtion koneiston hidas ja jäykkä mukautuvuus hetken vaatimuksiin ja heikko kehitysnopeus ”tekee valtion laitoksessa haittaa”. Toisaalta koulutuslaitoksen piti olla valtion ”mahdollisimman likeisen ohjauksen ja vaikutuksen” alainen. Ulkomailla olikin kehitys käynyt siihen suuntaan, että joku yksityisistä laitoksista oli vähitellen siirtynyt valtion laitokseksi.³⁶³

Komitean loppulausuma on kopioitu sanataarkasti Arvo Ylpön komitealle kirjoittamasta muistiosta.³⁶⁴ Ylppö oli toki parhaiten aiheeseen perehtynyt, sillä hän oli Saksassa oleskellessaan perehtynyt eri maiden lastenhuoltojärjestelmiin. Komitea päätyi ehdottamaan, että lastenhoitajien koulutus järjestettäisiin johonkin valtion lastensairaalaan, jossa sairaiden lasten ohella olisi myöskin terveitä lapsia ja imettäjiä eri osastoissa ja jossa opetusta annettaisiin sekä suomen- että ruotsinkielisin kurssein. Koska tällainen laitos eli Lastenlinna oli jo olemassa, ehdotettiin, että valtio ostaisi Lastenlinnan ja sijoitaisi siihen suomenkielisen opetuksen. Sekä Arvo Ylppö että Toini Leikola opettivat lastenhoidon kurssilla Lastenlinnassa, joten heitä ei voi kutsua komitean ”puolueettomiksi asiantuntijoiksi”. Komitea ehdotti, että toistaiseksi, ”kunnes valtio täten ostamalla tai muuten saa kuntoon oman laitoksen”, valtionapua annettaisiin Kenraali Mannerheimin lastensuojeluliitolle lastenhoitajakurssien järjestämistä varten. Komitean ehdotus valtiollisen lastenhoitolaitoksen perustamisesta ei siis toteutunut.³⁶⁵

Mannerheim-liiton koulutustoiminta oli alkanut jo keväällä 1921, jolloin järjestettiin ensimmäinen sairaanhoitajille tarkoitettu kuukauden pituinen lastenhoitokurssi. Syksyllä 1921 Lastenlinna aloitti lastenhoidon oppilaitoksena valtiolta saamansa 200 000 markan apurahan turvin, jolloin lastenhoitokurssi piteni neljän kuukauden mittaiseksi. Kurssilta valmistuneita kutsuttiin huoltosisariksi tai lastenhuoltajattariksi, joista moni toimi kiertävinä hoitajattarina antaen kodeissa tai Mannerheim-liiton paikallisosastojen perustamissa lastenneuvoloissa lastenhoidonneuvontaa. Vuodesta 1922 alkaen alettiin myös kouluttaa lastenhoitajia puolen vuoden kursseilla, jonne otettiin ”työväen ja maaseudun tyttäriä” ilman muodollisia pääsyvaatimuksia. He toimivat lastensairaaloissa ja -hoitolaitoksissa, mutta usein myös yksityis-

³⁶² Komit.m. 540:90:1, KA.

³⁶³ Komit.m., 540:90:1, KA.

³⁶⁴ *Epione*. 1921, 110–111, 123–127.

³⁶⁵ Ruotsinkielinen lastenhoidon opetus annettiin Tilly Soldanin ”Grankullan lastenhoito-opistonimissä laitoksessa”, jolle myönnettiin valtionapua 66 000 mk. Komit.m., 540:90:1, KA.

perheissä.³⁶⁶ Valtio tarjoutui vuonna 1921 ostamaan Lastenlinnan 835 000 markalla, mutta kauppa ei jostain syystä toteutunut.³⁶⁷ Lastenhoitajakoulutus jatkui Lastenlinnassa valtioavusteisena aina vuoteen 1967, jolloin sairaala siirtyi kuntainliitolle.³⁶⁸ Folkhälsan alkoi kouluttaa ruotsinkielisiä lastenhoitajia vuonna 1933 *Barnavårdsinstitutenissa*.³⁶⁹

Vasemmistossa koulutuksen jääminen yksityisten järjestöjen harteille herätti vastustusta, sillä koulutus olisi haluttu valtiolliseksi. Kysymys lastenhuollon opetuksesta hiersi pitkään sosiaalidemokraattien ja Mannerheimliiton suhteita. Suomen sosialidemokraattisen työläisnaisliiton XI edustajakokouksessa tammikuussa 1926 yhtenä aiheena oli lastenhuollon opetuksen valtiollistaminen. Epäluulo Mannerheim-liittoa kohtaan ilmeni voimakkaana Miina Sillanpään puheenvuorossa:

Mannerheimin lastensuojeluliitto pyrkii yhteiskunnan lastenkasvatuksessa määrääväksi. Sen suositukset auttavat kunnallisiin toimiin. Eduskunnassa on kuultu vastustettavan valtion lastenhuollon opetuslaitoksen perustamista sillä syyllä, että on olemassa sellainen Mannerheimin laitos. Olisi tehtävä seuraava lisäponssi: Kokous velvoittaa eduskuntaryhmää tekemään aloitteen valtion oman lastenhuollon opetuslaitoksen perustamisesta. Mannerheimin liitossa menevät kerätyt varat suurimmaksi osaksi virkailijoiden palkkaukseen eikä lasten hyväksi. Viime kesänäkin reklaamistaan huolimatta toimittivat täällä Helsingissä kesäviettopaikan kuudelle lapselle.³⁷⁰

Kokous hyväksyi lisäponnen samoin kuin ehdotuksen siitä, että kunnat järjestäisivät paikallisen lastenhuollon ja lastenhoidon neuvonnan alueellaan tarkoitustaan vastaavalla tavalla.³⁷¹

Lasten aseman ja hoidon parantaminen kuului Työläisnaisliiton ydintavoitteisiin. Useiden muiden naisjärjestöjen tavoin liitto järjesti aktiivisesti opetusta lastenhoidossa. Lastenhoitokurssien opettaja Elsa Metsäranta perehtyi lastenhoitoon Helsingin yleisen sairaalan lastenosastolla vuonna 1928 ja sai professori Ylpön kirjoittaman todistuksen, jonka mukaan hän oli kymmenen päivän ajan seurannut sairaalan työtä ja saanut siinä ohella käytännöllistä opetusta ”lastenhoitoseikoissa”. Naisliiton neuvontatoiminta oli aktiivista: esimerkiksi vuonna 1933 kodinhoito- ja luentopäiviä pidettiin 33 paikkakunnalla melkein 7000 kuulijalle. Vuonna 1931 liitto sai valti-

³⁶⁶ 1930-luvun puoliväliin mennessä Lastenlinna oli kouluttanut 352 lastenhoitajataria ja 175 pienten lasten hoidon neuvojaa. Sorvettula 1998, 121–122; Korppi-Tommola 1990, 58–60.

³⁶⁷ Mahdollisesti syynä oli kiinteistöjen nopea hinnannousu. Sophie Mannerheim vastasi 15.11.1921 kiinteistön ostopyyntöön välttevästi ja ilmoitti, että hänen oli neuvoteltava yhdistyksen johtokunnan kanssa myynnistä. Kirje 15.11.1921, vastaus 14.11.21 esitettyyn ostotiedusteluun. Komit.m. 540:90:1, KA.

³⁶⁸ Myös vuonna 1950 valmistuneessa Savon Lastenlinnassa koulutettiin lastenhoitajia. Korppi-Tommola 1990, 149–153. Vuoteen 1950 mennessä Lastenlinnassa oli koulutettu yli 2000 lastenhoitajaa. MLL Lastenlinnan historia. Verkkolähde.

³⁶⁹ *Folkhälsan* 1946, 95–98.

³⁷⁰ Suomen sosialidemokraattisen työläisnaisliiton xi edustajakokouksen pöytäkirja Helsingissä 29., 30. ja 31. tammikuuta 1926. Verkkolähde.

³⁷¹ Suomen sosialidemokraattisen työläisnaisliiton xi edustajakokouksen pöytäkirja Helsingissä 29., 30. ja 31. tammikuuta 1926 Verkkolähde.

onapua 20 000 markkaa. Opetus sisälsi ”varjokuvien varustettuja esitelmää”, ja käytännöllistä ohjausta lastenhoidossa ja pikkulasten vaatteiden ompelussa. Käytännöllisissä tehtävissä oli toimeenpantu kilpailuja, jotka olivat herättäneet ”suurta innostusta”, varsinkin paikkakunnilla, joissa lastenhoidon opetusta ei aikaisemmin ollut annettu.³⁷² Liiton *Toveritar*-lehdessä oli 1930-luvulla enenevästi terveyteen sekä kodin- ja lastenhoitoon liittyviä artikkeleita, joiden sisältö ei poikennut Mannerheim-liiton laatimista ohjeista. Suhteet Mannerheim-liittoon pehmenivät vähitellen, mutta varsinainen yhteistyö alkoi vasta talvisodan yhteydessä siviiliväestön huoltotyössä.³⁷³

Lastenhoitajien koulutuksen lopullinen ratkaisu oli hyvin tyypillinen sotienväliselle Suomelle, jossa useita yhteiskunnallisia toimintoja oli ulkoistettu kansalaisjärjestöille. Valtionavun varassa toimivat järjestöt voidaan mielestäni kuitenkin katsoa osaksi valtion hallintoa, jolloin rahoituksen säätely toimi kontrollimekanismina. Tiuhonen on käyttänyt käytännöstä käsitettävä välillinen hallinto. Tämä koski erityisesti kansanterveysalan järjestöjä, joilla oli moninainen tehtävä asiantuntijoina, lakiehdotusten ja ohjesääntöjen laatijoina, kouluttajina ja käytännön työn tekijöinä.³⁷⁴

2.6 Terveysisaret sosiaalisen terveydenhuollon asiantuntijoina

Varsinaisiksi lastenhoidon neuvonnan ja yleensäkin kansanterveystyön tärkeimmiksi käytännön asiantuntijoiksi tulivat terveysisaret, joiden koulutus siirtyi valtion vastuulle jo vuonna 1931. Suomessa oli sairaanhoitajille järjestetty kuukauden pituisia jatkokoulutuskursseja vuodesta 1913 tuberkuloosityössä, Mannerheim-liitossa vuodesta 1921 pientenlasten hoidossa ja vuodesta 1922 kouluterveydenhuollossa.³⁷⁵ Kirjavia koulutuskenttää lähdettiin yhdistämään vuonna 1924. Koulutusta valmisteli arvovaltainen komitea, jossa istuivat muiden muassa Sophie Mannerheim, Arvo Ylppö, Erik Mandelin ja Venny Snellman Mannerheim-liitosta, lääkäri Severi Savonen Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksestä ja lääkäri Tord Dreijer Folkhälsanista.³⁷⁶

Komitean mietinnössä *Betänkande i frågan om kurs i socialt hälsovårdsarbete för sjuksköterskor* vuodelta 1924 määriteltiin yhteiskunnalliseen terveydenhuoltotyöhön kuuluvaksi tuberkuloosihuolto, pikkulasten neuvonta ja kouluterveydenhuolto. Opetusta työhön oli annettu ensimmäisen kerran Yhdysvalloissa vuonna 1906. Saksan *Wohlfahrtschule*ssa, Englannissa ja Ranskassa koulutuksen pituus vaihteli puolesta vuodesta vuoteen. Myös Suomessa sosiaalihygieeniset kysymykset olivat ajankohtaisia. Usealla taholla oli aloitettu toimintaa kansanterveyden edistämiseksi, mutta koulutus työhön

³⁷² Saapuneita toimintakertomuksia, Ebn 4, LKHV, KA.

³⁷³ Liiton suhteesta kotitalousideologiaan, kts. Sulkunen 1989.

³⁷⁴ Tiuhonen 1984, 1–3.

³⁷⁵ Härö 1992, 46–47; Siivola 1984, 23–34.

³⁷⁶ Siivola 1985, 37–39.

oli ollut sirpaleista, minkä vuoksi se ei ollut houkutellut ”parhaimpia voimia” sairaanhoitajiksi. Yhtenäinen sosiaalisen terveydenhuoltotyön kurssi olisi mietinnön mukaan kovin toivottava, sillä näin saataisiin koulutus taloudellisemmaksi ja laaja-alaisemmaksi. Monipuolinen koulutus olisi myös omiaan houkuttelemaan korkeatasoisia opiskelijoita. Komitea ehdotti koulutusta sisäoppilaitoksessa tapahtuvaksi, jotta opiskelijat olisivat mahdollisimman paljon yhdessä. Toivomuksena oli myös, että kurssi ei tulisi opiskelijoille liian kalliiksi. Kuuden kuukauden pituinen kurssi rakennettaisiin sairaanhoitajakoulutuksen päälle, jolloin oppilailla olisi jo vankat perustiedot ja ”vastuuntunto rakentunut”. Opetukseen tulisi sisältyä sekä käytännöllisiä että teoreettisia osioita. Ennaltaehkäisyä olisi painotettava ja opetukseen olisi liitettävä yhteiskuntatuntemusta ja sosiaalipolitiikkaa. Työn painopiste oli kodeissa. ”Yhteiskunnallisen hoitajattaren” työn menestys ei kuitenkaan viime kädessä riippunut siitä tietomäärästä, jonka hän omasi, vaan siitä tavasta, jolla hän kykeni mukautumaan eri oloihin ja tilanteisiin ja hänen ”pedagogisesta kyvystään vakuuttaa toisia ja vaikuttaa heihin”, ja siihen voi ainakin jossain määrin sielutieteen opetus auttaa häntä.³⁷⁷

Syyskuussa 1924 Mannerheim-liitto aloitti ensimmäinen ”yhteiskunnalliseen terveyshuoltotyöhön” valmistavan kuusikuisen jatkokurssin sairaanhoitajattarille. Haagaan ja Oulunkylään perustettiin opetusneuvolat, joissa terveyssisaroppilaita perehdytettiin yhteiskunnalliseen terveydenhoitoon.³⁷⁸ Mannerheim-liiton terveyssisarokurssin pääsyaatimuksena oli keskikoulutiedot ja vanhemman sairaanhoitajattaren pätevyys, mutta muillekin ”erikoisesti ansioituneille sairaanhoitajattarille ja diakonissoille” voitiin järjestää pääsy kursseille. Kurssiopetus oli ilmaista, mutta asunnosta ja ruuasta oli huolehdittava itse.³⁷⁹

Ensimmäisen terveyssisarokurssin monipuolinen ja kunnianhimoinen ohjelma kuvastaa niitä odotuksia, joita uuden ammattiryhmän edustajille asetettiin. Kurssin naisvaltainen opettajakunta koostui alansa joko sen hetkisistä tai tulevista auktoriteeteista. Heistä mainittakoon Laimi Leidenius, joka nimitettiin vuonna 1930 synnytysten ja naistentautien toisen vakinaisen professorin virkaan.³⁸⁰ Karolina Eskelin oli puolestaan suorittanut tohtorintutkinnon vuonna 1896 ensimmäisenä naisena Suomessa.³⁸¹ Jenny Markelin-Svensson, Suomen ensimmäinen naisinsinööri, toimi ammattientarkastajana Helsingissä.³⁸² Laura Harmaja, filosofian maisteri, oli kodin taloustieteen kehittäjä.³⁸³ Elli Tavastähti, vuodesta 1929 Hiidenheimo, toimi sosiaalihallituksen, myöhemmin sosiaaliministeriön köyhäinhoidon apulaistarkastajana

³⁷⁷ Varhaista terveyssisartoimintaa Hd 34, MLL, KA; Ilmestyi myös suomenkielisenä *Epione*-lehdessä. *Epione* 11/1923, 133–137.

³⁷⁸ Korppi-Tommola 1990, 60–61; Helsingin lastenneuvoloiden käytännön työstä kts. Riihola 2010.

³⁷⁹ Päivämätön ilmoitus. Kansio 597 varhaista terveyssisartoimintaa MLL, KA.

³⁸⁰ *Suomen lääkärit* 1935; Hietala&Leikola 2000, KB.

³⁸¹ *Suomen lääkärit* 1935; Sainio 2001 KB.

³⁸² Kuusanmäki 2005 KB.

³⁸³ Löyttyniemi 2000 KB; Heinonen 1998, 92–108.

vuosina 1918–1929 sekä Kansallisen Kokoomuksen kansanedustajana kah-
teen otteeseen vuosina 1917–1922 ja 1924–27.³⁸⁴

Kurssi painottui selkeästi lastenhoitoon (24 luentoa), sosiaalipolitiikkaan (28 luentoa) ja pedagogisiin opintoihin (24 luentoa). Laura Harmajan oli määrää perehdyttää oppilaansa valtion tarkoitukseen ja julkisen hallinnon eri tasoihin ja tehtäviin. Luennoilla käsiteltiin myös väestökysymystä, yhteis-
kunnan ryhmittymistä eri kansanluokkiin, työväen- ja tilattoman väen kysy-
mistä sekä asutustointia. Insinööri Markelin-Svenssonin työväenhuoltoa kä-
sittelevissä luennoissa aiheina olivat teollisuuden synty ja sen aiheuttamat
epäkohdat sekä työväensuojelu. Laajat pedagogiset opinnot koostuivat sielu-
tieteen perusteista, kasvatusopista ja metodiopista. Käytännön harjoittelu-
paikat oli valittu monipuolisesti ja antoivat kattavan kuvan sosiaalisesta ter-
veydenhoidosta, jota nykytermein kutsuttaisiin kansanterveystyöksi. Sai-
raanhoitoalan koulutuksen saaneille opiskelijoille annettiin hyvin niukasti
opetusta varsinaisessa sairaanhoidossa.³⁸⁵ Vuoteen 1931 mennessä Manner-
heim-liitto oli kouluttanut 215 terveyssisarta, joista 204 toimi liiton paikal-
lisosastojen palveluksessa.³⁸⁶

Folkhälsan aloitti vuonna 1927 oman kurssimuotoisen terveyssisarkoulu-
tuksensa, jonka pituus oli 5,5 kuukautta. Kurssiin sisältyi neljän kuukauden
käytännön harjoittelu lasten-, tuberkuloosi- ja kouluterveydenhoidossa sekä
maaseudun terveyssisarotyössä. 1,5 kuukauden teoreettisella jaksolla Helsin-
gissä opiskeltiin hyvin samankaltaisia aiheita kuin Mannerheim-liiton koulu-
tuksessa. Kolmelta kurssilta vuoteen 1931 mennessä oli valmistunut 50 ter-
veyssisarta, jotka toimivat ruotsinkielisillä alueilla koulu- ja tuberkuloosihoi-
tajina.³⁸⁷

Lastenhoitajien koulutuksesta poiketen terveyssisarten koulutus siirtyi
1930-luvulla valtion vastuulle sairaanhoitajakoulutuksen uudistuksen yhtey-
dessä. Jo ennestään valtiollinen sairaanhoitajakoulutus muuttui vuonna 1929
pitkän valmisteluprosessin jälkeen kolmivuotiseksi Idmanin komitean mie-
tinnön pohjalta. Tavoitteena oli koulutuksen yhtenäistämisen lisäksi nostaa
sen tasoa.³⁸⁸ Venny Snellman nimitettiin lääkintöhallitukseen suunnittele-
maan sairaanhoidon koulutusta, johon hän valmistautui Yhdysvalloissa
Rockefeller-stipendiaattina vuonna 1929.³⁸⁹ Yhteiskunnallisesti tärkeäksi
todettu terveyssisarkoulutus siirrettiin Mannerheim-liitolta ja Folkhälsanilta
vuonna 1931 perustettuun Valtion Terveidenhuolto-opistoon, jonka johtajat-
tareksi nimitettiin Tyyne Luoma. Opetussuunnitelma myötäili vähäisin muu-
toksin Mannerheim-liiton kuuden kuukauden pituisia kurssiohjelmia.
Vuonna 1940 koulutus piteni kahdeksaan kuukauteen.³⁹⁰

³⁸⁴ Korppi-Tommola 2001 KB; Eduskunnan henkilömatrikkeli.

³⁸⁵ Varhaista terveyssisartoimintaa Hd 34, MLL, KA. Ensimmäisen terveyssisarkurssin ohjelma, kts
liite 1.

³⁸⁶ Sorvettula 1998, 124–127.

³⁸⁷ Sorvettula 1998, 128–129.

³⁸⁸ Sorvettula 1998, 239–240.

³⁸⁹ Tallberg 2000 KB.

³⁹⁰ Punto 1991, 96–103.

Terveyssisarret sijoittuvat hyvin erilaisiin tehtäviin teollisuuslaitoksiin, tuberkuloosihoitajiksi ja kouluhoitajiksi. Kunnat palkkasivat terveyssisarret yhdessä Mannerheim-liiton tai Folkhälsanin kanssa. Vuonna 1926 säädettiin laki kansakoululaitoksen kustannuksista, jonka mukaan valtio korvasi kaksi kolmasosaa oppilaiden terveydenhoidosta koituvista kustannuksista. Tämä takasi Siivolan mukaan tulevien 20 vuoden ajaksi taloudellisen pohjan kouluterveydenhoitotyön toteuttamiselle. Vuodesta 1930 alkaen uuden tuberkuloosilain tultua voimaan valtio suoritti puolet tuberkuloosihoitajattaren palkasta. Kuntien palveluksessa olevien kotisairaanhoidotyötä tekevien kiertävien sairaanhoitajattarien tai terveyssisaren palkkaukseen kunnat saivat anoa valtionapua vuosittaisen määrärahan puitteissa. Terveyssisarten palkkakustannukset jaettiin kunnan, tuberkuloosiyhdistyksen ja Mannerheim-liiton tai Folkhälsanin paikallisosaston kesken. Vasta terveyssisarlain tultua voimaan 1944 saatiin terveyssisarten kunnalliset virat ja rahoitus varmistettua.³⁹¹

Lasten terveysneuvontaan ei ollut mahdollista saada valtionapua. Poikkeuksen muodosti kuitenkin Itä-Suomen rajaseutu, johon valtiovalta kiinnitti erityisesti huomiota. Rajaseudun väestöä pidettiin poliittisesti epäluotettavana ja katsottiin, että jo valtiollisen turvallisuuden vuoksi aluetta oli kehitettävä. Etenkin pääosin ortodoksisen Laatokan-Karjalan tilanne oli vaikea, sillä autonomian aikana Petroskoihin tai Pietariin suuntautuneet kauppayhteydet katkesivat itsenäistymisen jälkeen. Vuosina 1922–1925 kehitetyssä rajaseutuohjelmassa laadittiin laaja suunnitelma alueen ”kaikinpuoliseksi edistämiseksi” myös terveydenhoidon osalta. Tärkein osa-alue oli kuitenkin maatalouden kehittäminen. Marttapiiriliittojen kotitalousneuvonta koostui kodinhoitokursseista, viljelyneuvonnasta ja kotikäynneistä. Toiminta nosti kotien hygieniää ja monipuolisti ravitsemusta, mikä oli lasten terveyden kannalta merkittävää.³⁹² Laatokan Karjalassa imeväiskuolleisuus oli huomattavasti maan keskiarvoa korkeampi 1920-luvulla vaihdellen 120 ja 150 promillen välillä.³⁹³

Mannerheim-liiton rajaseututyö sai alkunsa vuonna 1922 Suomen englantilaisen siirtokunnan antamasta lahjoituksesta, josta muodostetun ”prinsessa Maryn rahaston” tehtäväksi määriteltiin kansanterveyden kohottaminen Raja-Karjalassa. Vuodesta 1924 lähtien liitto palkkasi terveyssisaria levittämään Laatokasta lähtien pitkin rajaa pohjoiseen päin ”kylästä kylään” tietoja ”järjestetyn terveydenhuoltotyön hyödyllisyydestä”. Vuodesta 1928 alkaen liitolle maksettiin säännöllistä valtionapua kansanterveyden kohottamiseksi raja-

³⁹¹ Sorvettula 1998, 128–129; Siivola 1985, 39–40; Laki kansakoululaitoksen kustannuksista 180/1926; Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkuloosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkuloosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 269/1929.

³⁹² Ollila 1993, 210–213, 255–258. Marttaliitto oli tehnyt neuvontatyötä jo vuosisadan vaihteesta lähtien. Ensimmäiset ”lähetit” kiersivät talosta taloon neuvoen myös lastenhoidossa, johon vaikuttivat ”ikivanhat uskomukset” ja ”taikamenot”. Pelkonen 1958, 45–46.

³⁹³ Hämynen 1993, 285–287; Salmin pl vk1929, LKHV, KA. Kts myös luku 3.

seudulla. Vuoden 1930 lopussa kunnissa toimi yhteensä 28 terveyssisarista ja lastenhoidon neuvojaa.³⁹⁴

Juuri rajaseudulla ja eksoottisessa Lapissa toimineista terveyssisarista on kerrottu eniten sankaritarinoita. Työskentelyolosuhteet olivat karut: pitkiä matkoja jouduttiin kulkemaan jalkaisin, hiihtäen tai soutamalla. Terveysisar oli se henkilö, joka tutustutti väestön moderniin lääketieteeseen, rokotuksiin ja tuberkuloositarkastuksiin. Hyvän fyysisen kunnon, oma-aloitteisuuden ja perusteellisen koulutuksen ohella kommunikaatiokyky ja hienotunteisuus olivat ensiarvoisen tärkeitä ominaisuuksia. Komitean painottama sielutieteen opetus tuli varmaan monta kertaa tarpeeseen.³⁹⁵ Ensimmäisten terveyssisarten joukossa oli useita pitkälle koulutettuja, kielitaitoisia, sivistyneistöperheiden nuoria naisia, jotka uudessa ammatissaan pystyivät itsenäisesti toteuttamaan ammatillisia ja isänmaallisia pyrkimyksiään. Niinpä ensimmäisenä Raja-Karjalaan ”valistus- ja avustamistoimintaa rajan lasten hyväksi” suorittamaan lähti filosofian maisteri ja sairaanhoitajatar Ebba-Maria Vilenius, joka oli opiskellut lastenhoitoa Pariisissa.³⁹⁶

Terveysisaren ammattikuvaa on lähestytty naisammattilaisuuden ja hierarkkisen sisaruuden kannalta sekä kotitalousideologian näkökulmasta, jolloin terveysisaren päällimmäiseksi ominaisuudeksi nousee hänen sukupuolensa.³⁹⁷ On totta, että kaikki terveysisaret olivat naisia, joiden katsottiin sukupuolensa vuoksi olevan erityisen soveltuvia naisten parissa ja kodeissa tapahtuvaan valistustyöhön. Näkökulman voi mielestäni kääntää myös toisin päin: terveysisar edusti sekä koulutuksensa että itsenäisen työnkuvansa perusteella vahvaa asiantuntijuutta, jossa naissukupuolesta oli etua. Koulutus antoi terveysisarelle valmiuksia ymmärtää yhteiskunnan toimintaa ja auttoi myös asioimaan kunnan ja valtion viranomaisten kanssa. Kunnissa muodostui vähitellen työnjako terveysisarten ja kunnanlääkärien välille, jonka perusteella lääkäri huolehti sairaanhoidosta ja terveysisar otti vastuulleen kunnassa tapahtuvan ehkäisevän terveydenhoidon. Lääkärien työtaakka oli raskas varsinkin maaseudulla: piirit olivat isoja, kunnansairaaloissa tehtiin leikkauksia, eikä lääkäreillä myöskään ollut koulutusta yhteiskunnallisissa aineissa. Vielä 1930-luvun puolivälissä viidennes maalaiskunnista oli kokonaan vailla lääkärin vastaanottoa ja puolet vailla kunnanlääkäreitä. Monissa kunnissa kiertävä sairaanhoitaja tai terveysisar oli kättilön lisäksi ainoa koulutettu henkilö, kun lääkäriä ei ollut.³⁹⁸

³⁹⁴ Rahat kerättiin prinsessa Maryn kunniaksi järjestetyssä juhlassa, minkä vuoksi rahastoa alettiin kutsua prinsessa Maryn rahastoksi. *10 vuotta lastensuojelutyötä* 1931. Dc: 1, MLL, KA; Siivola 1985, 40–42.

³⁹⁵ Junila 2011, 215–235.

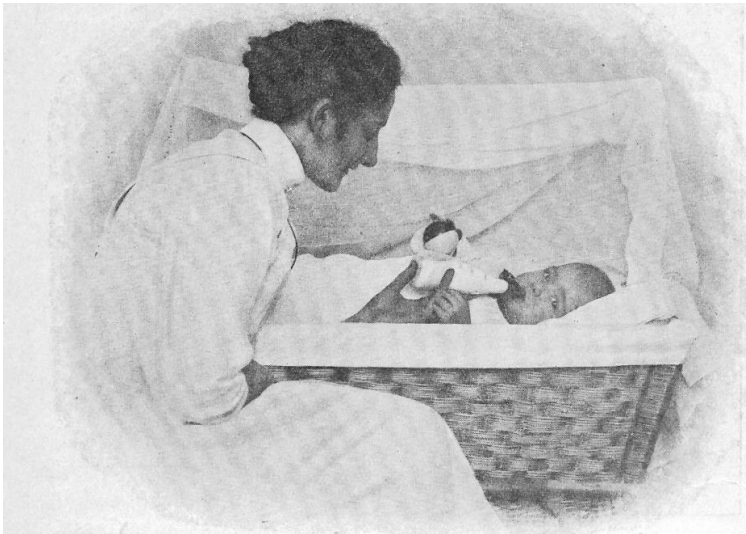
³⁹⁶ Siivola 1985, 41.

³⁹⁷ Wrede 2001; Riihola 2010.

³⁹⁸ Maaseudun terveydenhoidon komiteanmietintö 1939:19. 47–48.

2.7 ”Järkiperäinen lastenhoito” käytännössä

Aina 1930-luvulle saakka lastenneuvolat tarjosivat asiakkailleen opastusta ”järkiperäisessä” tai ”tieteellisessä” lastenhoidossa, mikä käytännössä merkitsi lapsen hyvää perushoitoa. Tärkeintä oli puhdas ja sopiva ravinto, hyvä yleishygienia ja ulkoilu. Ruokinnan oli tapahduttava säännöllisesti 3–4 tunnin välein. Terveelliset elämäntavat, puhtaus ja sopiva ravinto olivat jatkoa antiikista periytyvälle hygieenis-dieteettiselle periaatteelle, jonka mukaan ihmisen elämäntapa on ratkaisevaa hänen terveydentilansa kannalta. 1800-luvulla kehittynyt hygienialiike sai tieteellisen varmistuksensa bakteriologiasta ja ravitsemustieteestä, jotka auttoivat kohdentamaan toimenpiteitä.³⁹⁹



Kuva 3 Ylpön lastenhoito-oppaan kuvitus oli peräisin Auguste Viktoria-talosta. Kuvassa sairaanhoitaja syöttää tuttipullosta maitosekoitusta vauvalle. Kuva: Ylppö 1922, 49.

Järkiperäinen lastenhoito oli aikaa vievää ja kallistakin, varsinkin silloin kun imetys ei onnistunut. Imetykseen kannustettiin sen luonnollisuuden, halpuuden ja turvallisuuden vuoksi. Lapsen ”keinotekoinen ravitseminen” eli pulloruokinta vaati erityistä tarkkuutta sekä tarvikkeita, kuten keittoastioita ja siivilöitä, joita ei välttämättä kaikissa kodeissa edes ollut. Lasipullot ja tutit olivat maksullista apteekkitavaraa. Lapsen päivittäinen punnitseminen lastenvaivalla kuului myös rutiineihin. Puhdas käyttövesi, kunnollinen keittomahdollisuus ja kylmäsäilytystilat olivat välttämättömiä edellytyksiä sille, että vauvan pulloruokinta onnistui.⁴⁰⁰

³⁹⁹ Mikkeli 1998, 17–19; Lehtonen 1998, 206–209.

⁴⁰⁰ Maitosekoitukseen käytettävää maitoa oli keitettävä 2–4 minuuttia, jotta siinä olevat ”itiöt häviäsivät”. Pitempiaikainen keittäminen taas vähensi maidon ”arvoa”. Maitoa oli laimennettava kaurali-malla, joka valmistettiin keittämällä 40 grammaa kaurahiutaleita litrassa vettä noin 30–60 minuutin

Ylpön ”tieteellinen” pulloruokinta oli kehitetty Saksassa KAVH:ssa sairaalaolosuhteissa, joissa maitoseosten valmistajat olivat koulutettuja hoitajia. (kuva 3) Aikaa ja tarkkuutta vaativa valmistusprosessi onnistui keskiluokkaisissa kodeissa, joissa perheenäidillä oli perustiedot hygieniasta, Ylpön lastenhoito-opas käytössään ja kotiapulainen palkattuna. Ongelmien ilmaantuessa hän saattoi turvautua yksityislääkärin apuun. Niin kauan kuin lapsen perushoito ei vaatinut rokotusten kaltaisia ”lääkkeellisiä” toimenpiteitä, oli valistunut maallikkotieto riittävä. Siksi katsottiin, että lastenneuvolapalvelut oli suunnattava ”alemmille kansanluokille”, jotka parhaiten hyötyisivät asiantuntijaohjauksesta ja joiden ”sivistystaso” neuvonnan kautta lähtisi nousuun.⁴⁰¹ Sirpa Wrede näkeekin lastenhoidonneuvonnan yhtenä kansansivistyksen muotona, jossa 1920-luvulta lähtien kansallismieliset tavoitteet limityivät väestöpoliittisiin keinoihin.⁴⁰² Lääketieteellistä asiantuntemusta vaativat tuberkuloositutkimukset, vitamiinien annostelu ja rokottaminen lisättiin lastenneuvoloiden tehtäviin vasta 1930-luvun loppupuolella.

Neuvolatoiminnan käytännön toteutumisesta ja väestön vastaanottavaisuudesta ei aikakaudelta ole saatavissa muistitietoa. Rajaseudun neuvontatyöstä on sairaanhoitajien *Epione*-lehdessä löydettävissä joitakin kirjoituksia. Pariisissa koulutettu terveyssisar Ebba Wilenius tutustui vuonna 1924 salmilaisen suurperheen lastenhoitokäytäntöihin. Kirjoituksista ei tule ilmi, mikälainen suhde Eballa oli pääosin ortodoksiseen paikallisväestöön. Kulttuurien törmäys saattoi olla rajukin, puolin ja toisin. Miten Ebba Wilenius toimi silloin, kun ”Immosen mummu” heitti nurkkaan terveyssisaren tekemän maitoseoksen ja täytti pullon maidolla, sillä ”ei lasta saa vedellä piinata”.⁴⁰³ Kontrasti Pariisiin ei olisi voinut olla suurempi:

Olen nähnyt taloissa, joissa useammalla pojalla on vaimot, vanhan mummon hoitelevan kolmea, jopa neljääkin kätkyessä makaavaa pienokaista yhtä aikaa. [...] Kätkyet riippuvat katossa olevassa vivussa ja niitä voi heilauttaa kaikkia yhtä aikaa. Ne keinuvatkin hirmuisella vauhdilla tai oikeastaan hyppiivät ylös ja alas. Jos ei lapsi siinä nuku niin pistetään sen suuhun sarvi, jonka päässä on nahkasta neulottu imuke tai yksinkertaisesti lehmännänni. [...] Muuten ei täällä lapsille anneta suurtakaan arvoa niitä kun on muutamissa, voipa sanoa tavallinen määrä mutta

ajan. Lopuksi keitto suodatettiin. Alle nelikuisen lapsen maitoseoksessa oli puolet maitoa, puolet kauralimaa, ja seoksen ravintoarvon lisäämiseksi oli lisättävä noin 50 grammaa sokeria litraa kohden. Koko päivän maitoannos suositeltiin valmistettavaksi kerrallaan ja säilytettäväksi kylmässä pilaantumisen estämiseksi. Maito ja limasoppa oli kuitenkin säilytettävä erillään. Neljästä kuukaudesta eteenpäin maidon osuus oli kaksi kolmasosaa ja kauralimasta voitiin siirtyä vehnäjauhokeittoon. Vehnäjauhokeitto valmistettiin lisäämällä 30 grammaa vehnäjuhoja ja ½ teelusikallista suolaa litraan. Seosta keitettiin viiden minuutin ajan. Kuudesta kuukaudesta eteenpäin alettiin sekä pullo- että rintalapsille antaa lisäruokaa. Erityisesti suositeltiin tuoreita hedelmiä ja vihanneksia, jotka olivat erinomainen keino ”verenvähyttää ja erinäisiä luustotauteja vastaan”. Pulloruokinnassa kaikkien maitoseoksen valmistuksessa käytettävien astioiden tuli olla puhtaita ja maitopullojen ja tuttien keittämällä steriloituja. Ylppö ei suosittelut kaupasta saatavia Nestlen ja Theinhardtin ”lastenjuhoja” eli äidinmaidonvastikkeita, koska niiden koostumus oli tuntematon ja väärennyksiä oli usein kaupan. Ylppö 1922, 48–63, 118.

⁴⁰¹ Ylppö, *THL* 1921, 75–76.

⁴⁰² Wrede 2000, 193.

⁴⁰³ *Epione* 6/1925, 8–9.

*monella on ollut neljätoista, jopa 17 ja 19 lasta. Tietysti näin runsaasta lapsilaumasta ei ole elossa kuin noin puolet [...] Äidit pitivät, että se on lapselle parasta.*⁴⁰⁴

Seuravana vuonna kirjoitustyyli oli hieman pehmennyt – perheet ottivat vastaan hanakammin neuvoja ja opitkin ovat menneet perille. Tupa oli puhtaampi ja sairas kahdeksankuinen poika oli puhtaaksi pesty ja siististi puettu.⁴⁰⁵ 1930-luvulla neuvontatyö normalisoitui osaksi laaja-alaista rajaseudun ”sivistämistä”, joihin osallistui useita kansalaisjärjestöjä.⁴⁰⁶

Imeväiskuolleisuus laskee nopeasti Helsingissä

Lastenneuvolaverkoston perustamisen aikoihin 1920-luvulla imeväiskuolleisuus lähti nopeaan laskuun etenkin kaupungeissa. Neuvonnan vaikutusta lasten terveydentilan muutoksiin tai kuolleisuuteen on mahdollista jossain määrin arvioida Helsingin väestötilastojen avulla. Mannerheim-liiton vuonna 1922 Lastenlinnan yhteyteen perustettu lastenneuvola toimi eräänlaisena neuvontatyön koe- ja opetuskenttänä, jossa tehtiin myös tieteellistä tutkimustyötä lasten terveydentilasta ja niiden muutoksista.

Helsingissä imeväiskuolleisuus oli muiden kaupunkien tapaan maaseutua korkeampi aina vuoteen 1917 asti, minkä jälkeen kuolleisuus puolittui kolmessa vuodessa. Tiedossa on, että suurin vähentyminen tapahtui suolistotautien aiheuttamissa kuolemissa. Heikki Waris on pohtinut aihetta teoksessaan *Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle*. Vuonna 1902 ”maha-suolitautilien” yleisyydestä tehtiin Helsingissä tutkimus, jonka mukaan tautiin kuolleista 90 prosenttia oli työläiskotien lapsia ja heistä 1/3 aviottomia. Asunnot olivat ahtaita, ja samassa huoneessa saattoi asua enemmän kuin viisi henkilöä. Vedensaanti ja viemäröinti olivat epätydyttäviä. Erytisesti ”yleinen siivottomuus” elintarvikkeiden ja maidon kaupassa edesauttoivat vatsatautien leviämistä.⁴⁰⁷

Useat pienten lasten kuolleisuutta alentavat tekijät alkoivat vaikuttaa samanaikaisesti Helsingissä 1900-luvun kahdella ensimmäisellä vuosikymmenellä. Väestölliset muutokset olivat tällä ajanjaksolla suuria. Syntyvyys puolittui Sörnäisten työläiskaupunginosassa vuodesta 1908 vuoteen 1916, ja 1920-luvun alussa se oli samalla tasolla muun kaupungin kanssa.⁴⁰⁸ Tämä merkitsi, että asuntoahtaus todennäköisesti väheni ja että äideillä oli enemmän aikaa hoitaa lapsiaan. Myös aviottomien lasten osuus syntyneistä laski. Kun se vielä ensimmäisen maailmansodan aikana oli noin 18 prosenttia, puolittui osuus 1920-luvulla.⁴⁰⁹ Puhtaan hanaveden saannin helpottuminen myös esikaupunkialueilla, viemäröinnin ja jätehuollon parantuminen ja erityisesti maidon tarkastuksen tiukennus nostivat merkittävästi hygieniatasoa.

⁴⁰⁴ Wilenius: *Epione* 11/1924, 141–143.

⁴⁰⁵ Wilenius: *Epione* lokakuu 1925, 4–7.

⁴⁰⁶ Hämynen 1993; Ollila 1993.

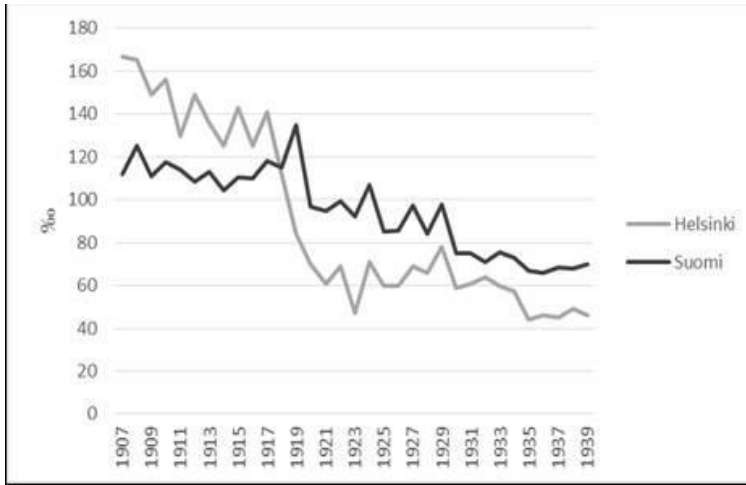
⁴⁰⁷ Waris 2016, 575. [1932–1934]

⁴⁰⁸ Waris 2016, 169, 595.

⁴⁰⁹ Helsingin kaupungin tietokeskus 1926, taulukko 49, syntyneet ja kuolleet 1811–1925.

Puhtaan maidon saanti varmistui, kun vuonna 1907 Osuusliike Elanto ja Maanviljelijäin maitokeskus aloittivat maitokaupan.⁴¹⁰ Parantuneen äitiys- ja lastenhuollon vaikutus näkyy todennäköisesti parhaiten aviottomien lasten kuolleisuuden laskussa, joka asettui 150 promillen tasolle vuodesta 1920 lähtien oltuaan koko 1900-luvun alun noin 300 promillea.⁴¹¹

Kuvio 2 Imeväiskuolleisuus 1:1000 Helsingissä ja Suomessa vuosina 1907–1939.



Lähde: Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 1926, taulukko 9; Findikaattori, imeväiskuolleisuus. Verkkolähde.

Lääkäri Armas Ruotsalainen⁴¹² julkaisi *Duodecimissa* vuonna 1925 tilastot Helsingin imeväiskuolleisuudesta vuosien 1911 ja 1924 välillä.⁴¹³ Syntyneiden lasten määrä oli pudonnut 3722:sta 2516:een, vaikka kaupungin väkiluku oli noussut samassa ajassa noin 50 000 hengellä.⁴¹⁴ Imeväiskuolleisuus oli laskenut alle kolmannekseen. Suurin vähennys oli tapahtunut suolistotaudeissa: kun vuonna 1911 niihin kuoli 191 lasta, niin vuonna 1923 luku oli 11. Suolistokuolemien suhteellinen osuus kaikista imeväisiän kuolemista oli laskenut 39,4:sta 9,1 prosenttiin. Lisäksi aikaisemmin tyypillinen suolistokuolemien keskittyminen heinä-elokuulle oli lähes kokonaan hävinnyt. Hengityselinten

⁴¹⁰ Waris 2016, 464.

⁴¹¹ Helsingin kaupungin tietokeskus 1926, taulukko 49, syntyneet ja kuolleet 1811–1925.

⁴¹² Armas Ruotsalainen (1877–1958) oli aikanaan tunnettu kansanvalistaja, joka kirjoitti lukuisia terveydenhoito-oppaita erityisesti lastenhoidosta ja tuberkuloosista. Hän toimi Helsingin kansanlastentarhan lääkärimä 1918–1927 ja Helsingin suomenkielisten kansakoulujen koululääkärimä 1927–1946 sekä *Terveystieteiden* toimittajana vuodesta 1911 ja päätoimittajana 1919–1933. *Suomen lääkärin* 1952.

⁴¹³ Suomen imeväiskuolleisuus oli vuonna 1923 kaupungeissa 82,7 ‰, maaseudulla 93,6 ‰ ja koko maassa 92,4 ‰. Helsingin 47 ‰:n imeväiskuolleisuus vuonna 1923 oli siis valtakunnallisesti erittäin matala. STV 1925, taulukko 43.

⁴¹⁴ Helsingin väkiluku oli vuonna 1910 147 000 henkeä, ja vuonna 1925 se oli 211 000 henkeä. STV 1927, taulukko 11, kaupunkien väkiluku.

tautien aiheuttamat kuolintapaukset olivat myös lukumääräisesti alentuneet noin kolmasosaan, mutta suhteellisesti niiden osuus oli pysynyt ennallaan. Nyt kuukausittaisessa kuolleisuuskäyrässä oli kaksi lähes samankorkuista huippua: talvinen keuhkokuumeen ja kesäinen suolitautien aiheuttama piikki.⁴¹⁵

Taulukko 3. Syntyneet ja ensimmäisenä ikävuotenaan kuolleet lapset, suolistotauteihin kuolleet alle yksivuotiaat lapset, imeväiskuolleisuus ja suolistotautien osuus imeväiskuolleisuudesta Helsingissä vuosina 1911–1923.

Vuosi	Syntyneiden lukumäärä	Alle 1-vuoden iässä kuolleiden lukumäärä	Alle 1-vuoden iässä suolistotauteihin kuolleiden lukumäärä	Imeväiskuolleisuus %	Suolistotautikuolettujen osuus imeväiskuolleisuudesta %
1911	3722	485	191	130	39,4
1912	3608	537	174	149	32,4
1913	3378	460	129	136	28,0
1914	3443	430	138	125	32,1
1915	3170	435	96	143	22,1
1916	3078	386	110	125	28,5
1917	2932	412	130	141	31,6
1918	2616	292	118	112	40,4
1919	1956	164	33	84	20,1
1920	2931	204	30	70	14,7
1921	2816	172	48	61	27,9
1922	2516	174	22	69	12,6
1923	2572	121	11	47	9,1

Lähde: Ruotsalainen 1925, 591–612.

Ruotsalaisen mukaan imeväiskuolleisuuden laskuun oli todennäköisesti ollut vaikuttamassa ”moninaiset syyt yhdessä”. Hän esitti ensimmäiseksi syyksi jo 1800-luvulla alkaneen järjestötoiminnan. Lastenhoitoyhdistys oli koettanut levittää valistusta lastenhoidon alalta ja oli toiminut myös aviottomien lasten hyväksi. Maitopisaran vaikutus taas oli näkynyt ”soveliaan maidon ja valistuksen jakamisessa varattomille äideille”. Toisena tärkeänä tekijänä hän näki kauppamaidon laadun paranemisen. Pääkaupungissa oli myös useita ”lapsispecialisteja” ja hyvin toimivia lastentautien poliklinikoita, joiden puoleen perheet voivat kääntyä lapsen sairastuessa. Ruotsalainen ei kuitenkaan nostanut esiin väestöllisiä muutoksia, kuten aviottomien lasten osuuden pientymistä ja yleensäkin syntyvyyden laskua.

Ruotsalaisen käsityksen mukaan erityisesti valistus- ja propagandatoiminta ”järkipäisestä lastenhoidosta” oli vaikuttanut edullisesti. Lastenhoitokirjallisuudella oli laaja levikki, samoin erilaiset valistus- ja esitelmätilaisuudet olivat tavattoman suosittuja. Ruotsalainen mainitsi Mannerheim-

⁴¹⁵ Ruotsalainen 1925, 606–608.

liiton Lastenlinnan yhteydessä toimivan ”pikkulasten huoltolan”, jonka tulokset olivat tulleet näkyviin jo ”verrattain lyhyen ajan kuluttua”. Lopuksi hän totesi, että vatsatauteja pystytään vähentämään, mutta että ”hengityselinten sairaudet eivät ole niinkään hallittavissamme”. Hengityselinten tauteihin ja yleensäkin lasten tartuntatauteihin pystyttiin tehokkaasti puuttumaan vasta 1940-luvulla uusien rokotteiden ja antibioottien tultua käyttöön.

416

Taulukko 4. Alueellinen imeväiskuolleisuus (1:1000) lääneittäin Suomessa 1910–1935.

Vuosi	1910	1915	1920	1925	1930	1935
Uudenmaa	127	115	81	68	61	47
Turun ja Porin	98	87	84	68	62	51
Ahvenanmaa			75	48	38	42
Hämeen	104	103	90	72	66	55
Viipurin	153	126	103	98	90	79
Mikkelin	116	121	97	91	83	73
Kuopio	108	109	105	89	78	80
Vaasa	106	105	94	82	71	64
Oulu	119	122	114	105	85	78

Lähde: Tilastollinen vuosikirja 1910–1935, vuotta nuorempana kuolleet lääneittäin

Alueelliset erot imeväiskuolleisuudessa kasvoivat itsenäisyyden alkuvuosina. Taulukosta 4 ilmenee, että eteläisissä lääneissä, joissa myös sijaitsivat suurimmat kaupungit, imeväiskuolleisuus laski nopeammin kuin pohjoisemmissa, maatalousvaltaisemmissa ja köyhemmissä lääneissä. Rajaseutuun oli panostettu jo 1920-luvulla, tosin puolustuspoliittisista syistä. Lastenneuvolat olivat yksityisten lastensuojelujärjestöjen ylläpitämiä ja sijaitsivat pääsääntöisesti kaupungeissa tai teollisuustaaajamissa, joissa jo ennen itsenäistymistä oli ollut filantrooppista toimintaa. Vuonna 1929 Suomessa oli 60 lastenneuvola, joista kunnallisia oli vain kolme. Maaseudun lastenhoidon neuvonta oli pitkälti kättilöiden ja kiertävien sairaanhoitajien varassa.⁴¹⁷ Vähitellen alkoi selvitä, että maaseutu oli jäämässä terveydenhuollossa ja muussakin kehityksessä jälkeen. Kansanterveys- ja samalla lastenhuoltotyön painopiste siirtyi 1930-luvulla maaseudulle.

⁴¹⁶ Ruotsalainen 1925, 610–612. Tuberkuloosin torjunta imeväisillä tuli aktiivisemmaksi vasta 1930-luvulla, kts. luku 3.

⁴¹⁷ Pulma 1987, 173–174, 189–190.

3 Kansanterveysaatteen nousu

Kansanterveys nousi 1930-luvulla Minna Harjulan mukaan terveydenhuollon toimintaa jäsentäväksi avainkäsitteeksi. *Terveydenhoitolehti* julistautui 1920-luvun puolivälissä yleisen kansanterveyden äänenkannattajaksi, ja myös *Duodecim*-lehdessä termi alkoi esiintyä 1920-luvun jälkipuoliskolta lähtien.⁴¹⁸ Kansanterveystyö voidaan nähdä erityisesti sairaalahoidon vastakohtana eli ennaltaehkäisevänä toimintana, jonka avulla voitiin vähentää sairaaloiden tarvetta.⁴¹⁹ Kansanterveystyö sisällytti kohteekseen koko kansan iästä, asuinpaikasta, luokasta, sosiaalisesta asemasta tai sukupuolesta riippumatta.⁴²⁰ 1930-luvulla pääkohteena oli kuitenkin maaseudun väestö.

Kansanterveystyö laajeni myös Mannerheim-liiton toimintakenttään sen aloitettua terveyssisarkoulutuksen. Käsite esiintyi ensimmäisen kerran vuoden 1925 toimintakertomuksessa, jossa liitto ilmoitti omistaneensa suurta huomiota kansanterveyden kohottamista tarkoittaville toimenpiteille ennen kaikkea kouluttamalla työvoimaa ”hygienistä neuvonta- ja valistustyötä” varten ja suorittamalla propagandaa ”harrastuksen herättämiseksi terveyshuoltoon yleensä”.⁴²¹ Työtä edistivät eri poliittisia suuntauksia edustavat tahot, mikä lisäsi aikakaudella kansallista yhtenäisyyttä. Kansanterveysaatteen kehittyminen voidaan nähdä ideologisenä muutoksena, sillä siinä yhdistyivät saman katon alle erilaiset terveydelliset kysymykset, joiden tarkoituksena oli periaatteessa koko väestön terveydentilan parantaminen.

Kansanterveyden kehittämistä helpotti taloudellisen laman hellittäminen vuoden 1934 jälkeen. Työttömyys alkoi laskea, mutta siitä huolimatta laman pitkäaikaisvaikutukset olivat näkyvillä vielä talvisodan aattona. Voidaan sanoa, että ”laman häntä”, pitkäaikaisen työttömyyden aiheuttama köyhtyminen, ulottui aina talvisotaan saakka.⁴²² Poliittisen keskustan ja sosiaalidemokraattien menestyttyä vuoden 1933 eduskuntavaaleissa laillinen hallitusvalta alkoi vakiintua. Vuoden 1936 eduskuntavaalien jälkeen Maalaisliitto ryhtyi yhteistyöhön sosiaalidemokraattien kanssa, mikä merkitsi käännettä maan sisäpolitiikassa. Lokakuusta 1936 maaliskuuhun 1937 istuneen Kallion IV hallituksen ohjelmassa painotettiin laillisuutta, vähävaraisten ihmisten tukemista sekä erityisesti maaseudun kehittämistä. Poliittista eheytymistä ilmensi maaliskuussa 1937 muodostettu pääministeri Cajanderin johtama punamultahallitus, joka toi poliittisen keskustan ja vasemmiston yhteiseen

⁴¹⁸ Harjula 2015, 127.

⁴¹⁹ Harjula 2015, 128. Kansanterveystyön käsite muuttui ajan saatossa laajemmaksi, sillä Suomen kansanterveyslaissa vuodelta 1972 kansanterveystyön synonyymiksi määriteltiin perusterveydenhuolto, joka sisältää ehkäisevän terveydenhuollon lisäksi myös sairauden hoidon. Kansanterveyslaki. 66/1972.

⁴²⁰ Harjula 2015, 128.

⁴²¹ Toimintakertomus 1925, Dc: 1, MLL, KA Folkhälsan toimi jo perustamisestaan lähtien nimensä mukaisesti ruotsinkielisen väestönsosan kansanterveysjärjestönä

⁴²² Peltola 2008, 27.

hallitusvastuuseen.⁴²³ Hallitusohjelmassa painotettiin maaseudun kehittämistä ja sosiaalipoliittisia uudistuksia. Vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutus sekä äitiyshuolto oli ”viipymättä toteutettava ” ja ”monissa suhteissa takapajulla olevia kansan sairaanhoito- ja terveydenhoito-oloja” oli tehokkaasti parannettava.⁴²⁴ Hallitusohjelman hengen mukaisesti astuivat vuonna 1937 voimaan sosiaalihuollon peruslait ja kansaneläkelaki.⁴²⁵ Terveystieteidenhuollossa ajankohtaisia kysymyksiä olivat tuberkuloosin torjunta, maaseudun terveydenhoito, äitiyshuolto ja pienten lasten terveysneuvonnan järjestäminen. 1930-luvun alkupuolen huolestuttavan alhaiseksi painunut syntyvyys nosti ajankohtaiseksi väestöpolitiikan, joka oli monien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten vaikuttimena.⁴²⁶

Kyseessä oli merkittävä käänne valtiollisessa politiikassa, sillä hallitusohjelmassa puututtiin ensimmäisen kerran konkreettisesti sosiaali- ja terveydenhuoltokysymyksiin. Panu Pulman tavoin voidaan puhua sosiaalivaltion aikakaudesta, jolloin valtio alkoi tunnustaa vastuunsa kansalaisesta sosiaalisesta hyvinvoinnista.⁴²⁷

3.1 Huoli syntyvyyden alenemisesta – äitiyshuolto ensisijainen

1930-luvun loppupuolella siirryttiin rotuhygieenisestä pronatalistiseen terveyspolitiikkaan, jonka tavoitteena oli nostaa väestön laatua, mutta ennen kaikkea sen määrää.⁴²⁸ 1920-luvulta alkaen valmisteltu rotuhygieeninen lainsäädäntötyö saatettiin päätökseen 1930-luvun puoleenväliin mennessä. Vuonna 1929 hyväksyttiin avioliittolaki, joka kielsi mielisairaan tai ”tylsämielisen”⁴²⁹ avioitumisen. Sisäsyntyistä kaatumatautia sairastavien avioliitot ja synnytykselliset kuuromykkien keskinäiset liitot tarvitsivat tasavallan presidentin luvan.⁴³⁰ Vain vähäisellä vastustuksella eduskunnassa vuonna 1934 hyväksytyn sterilisaatiolain mukaan sterilisaatio voitiin panna toimeen eugenisin, sosiaalisin tai lääketieteellisin perustein.⁴³¹ Taustalla oli Marjatta Hietalan mukaan luottamus asiantuntijoihin ja tieteellisiin tutkimustuloksiin, kuten älykkyystesteihin ja kaksostutkimuksiin.⁴³² Suomi seurasi lainsää-

⁴²³ Hentilä 2006, 165–170. Tiitta 2009, 135; Mylly 1989, 326.

⁴²⁴ Pääministeri Aimo Cajanderin III hallituksen ohjelma 1937. Verkkolähde.

⁴²⁵ Lastensuojelulaki, irtolaislaki, alkoholilaki sekä laki kunnallisesta huoltolautakunnasta. Laeilla haluttiin uudistaa jo vanhanaikaiseksi käynyt köyhäinhoitolaki. Urponen 1994, 195–198.

⁴²⁶ Mylly 1989, 372; Meinander 1999, 145–146; Pulma 1987, 198–201.

⁴²⁷ Pulma 1987, 198–201; Tiitta 2009, 135.

⁴²⁸ Harjula 2007, 55–56.

⁴²⁹ Älyllinen kehitysvammaisuus, jossa älykkyysosamäärä on pienempi kuin 35 (vastaa suunnilleen syvää ja vaikeaa älyllistä kehitysvammaisuutta) *Lääketieteen sanasto*, verkkolähde.

⁴³⁰ Avioliittolaki 234/1929.

⁴³¹ 144 puolesta, 14 vastaan, tyhjiä 6, poissa 35. Hietala 2009, 14–19.

⁴³² Lain mukaan ”Tylsämielinen (idiootti), vähämielinen (imbesilli) ja mielisairas voidaan määrätä tehtäväksi suvun jatkamiseen kykenemättömäksi, jos on syytä varoa, että sellainen vajaakelpoisuus periytyisi hänen jälkeläisiinsä, tai jos on todennäköistä, että hänen lapsensa jäisivät hänen tällaisen vajaakelpoisuutensa takia huoltoon vailla”. Sterilisoimislaki 227/1935. Asetuksella täsmennettiin, että

dännössä muita Pohjoismaita, joissa sterilisaatiolait säädettiin 1930-luvun puoliväliin mennessä.⁴³³

Nykypäivän perspektiivistä katsoen rotuhygieeniset lait ovat ristiriidassa pronatalistisen eli väestöä lisäävän politiikan kanssa, mutta aikalaiset eivät välttämättä nähneet asiaa näin. Älyllisesti ja mieleltään vammaisten ihmisten lisääntyminen rasitti jo ennestään kuormittunutta köyhäinhuoltoa. Kyse oli sosiaalipoliittisista, ennaltaehkäisevistä laeista, joiden tarkoituksena oli vähentää yhteiskunnan kustannuksella elävää väestöä. Tavoitteena oli terveen ja tuotantokykyisen väestön lisääminen negatiivisen ja positiivisin eugeniikan keinoin.⁴³⁴

Väestökysymykset olivat polttavia kaikkialla läntisessä maailmassa 1930-luvulla. 1800-luvun loppuvuosikymmeninä käynnistynyt syntyvyyden lasku oli ennestään nopeutunut yleismaailmallisen talouspulan aikana. Myös Suomessa syntyvyys lähti laskuun muiden länsimaiden trendiä seuraten vuoden 1908 jälkeen ja painui ennätysmäisen alhaiseksi vuonna 1933.⁴³⁵ Vuonna 1934 tilastollisen päätoimiston yliaktuaari Gunnar Modeen esitti, että 1930-luvun matalien syntyvyyslukujen jatkuessa Suomen väkiluvun kasvu pysähtyisi ennen pitkää, eikä väestön määrä tulisi koskaan nousemaan yli neljän miljoonan. Seurauksena olisi työkäisen väestön väheneminen ja siten huoltosuhteen muuttumisen epäedulliseksi. Ilmiö oli huolestuttava, sillä ”väenliksäys oli epäilemättä taloudellisen edistyksen voimakkain vaikutin”. Viimeistään vuoden 1975 jälkeen väkiluku alkaisi laskea, ja 1980-luvulla yli 65-vuotiaiden osuus lähes kaksinkertaistuisi 1930-lukuun nähden. Huonot ajat olivat tuntuvasti jouduttaneet syntyneisyyden vähenemistä, mutta ilmiö ei ollut yksin selitettävissä pula-aikojen perusteella. Modeen ei esittänyt erityisiä toimenpide-ehdotuksia tilanteen korjaamiseksi, mutta totesi kuitenkin, että kuolleisuuden alentuminen erityisesti pikkulasten keskuudessa voisi nostaa eliniän odotetta Ruotsin tavoin jopa yli 60 vuoteen.⁴³⁶

Esitelmä kirvoitti vilkkaan sanomalehtikeskustelun toimenpiteistä asiain-tilan auttamiseksi. Jotta työllistyminen parantuisi, esitettiin valtion sijoitusta teollisuustoimintaan ja maaseudun lisäasuttamista viljelypinta-alaa lisäämällä. *Kotimaa*-lehdessä ehdotettiin perheellisiä suosivia vero- ja sosiaalipoliittisia uudistuksia, kuten vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutuksia. Sosiaalidemokraattinen lehdistö esitti huolestuneisuutensa väestönkehityksestä ja korosti etenkin taloudellisten seikkojen merkitystä sekä väestön laajojen

lain piiriin kuuluivat alle 14-vuotiaan älykkyystasolla olevat vajaaälyiset sekä skitsofreniaa, maanis-depressiivistä tai muuta periytyvää todettua mielitautia jatkuvasti tai ajoittain sairastavat henkilöt. Säädös koski myös sukupuolirikollisia ja ”luonnottomasta sukuvietistä” kärsiviä. Sterilisoimisasetus 228/1935; Hietala 2009, 14–19.

⁴³³ Lait säädettiin Tanskassa 1929, Norjassa 1934, Suomessa 1934 sekä Ruotsissa 1935 ja tiukennettuna 1941. Lakeja suunniteltiin jo 1920-luvulla, ja niitä sovellettiin mm. rikollisiin, vähä- eli vajaa-mielisiin ja jopa koulukotikasvatteihin. Hietala 2009, 14–19.

⁴³⁴ Harjula 2015, 126–131.

⁴³⁵ Vuonna 1933 syntyi 65047 lasta, jonka jälkeen syntyvyys alkoi nousta. Vasta vuonna 1970 luku alittui 64 557 lapsella. Findikaattori, väestönmuutokset. Verkkolähde.

⁴³⁶ Modeen 1934, 351–377.

piirien toimeentulomahdollisuuksien turvaamista. Suomessa seurattiin myös tiiviisti Ruotsin vuonna 1934 alkanutta väestöpoliittista keskustelua.⁴³⁷

Ruotsissa syntyvyys oli kääntynyt laskuun 1880-luvulla, ja 1930-luvulle tultaessa se oli laskenut Euroopan matalimmaksi.⁴³⁸ Kuukausi Modeenin esitelmän jälkeen ilmestyneessä sosiaalidemokraattien Alva ja Gunnar Myrdalin teoksessa *Kris i befolkningsfrågan* pohdittiin syitä Ruotsin matalalle syntyvyydelle. Ongelman ratkaisuksi esitettiin useita sosiaalipoliittisia reformeja, jotka tekisivät lasten hankkimisen taloudellisesti houkuttelevaksi. Myrdalit osoittivat olevansa eugeenikkoja, sillä he pitivät tärkeänä ”paremman ihmismateriaalin kehittämistä”⁴³⁹, joka oli ehkäisevän sosiaalipolitiikan suoraanainen tehtävä. Olennaisena osana tavoitteen saavuttamiseksi liittyi sekä geneettisesti että sosiaalisesti epäkelpojen yksilöiden sterilisoiminen. Myrdalit esittivät, että aihe sterilisaatiolle voisi myös olla ”sosiaalipedagoginen” eli epäkelpo vanhemmuus, vaikka perinnöllinen eli geneettinen riski olisikin vähäinen.⁴⁴⁰

Myrdalien teos tiputti väestötieteilijä David Glassin mukaan ”pommin ajattelevan yleisön joukkoon Ruotsissa”. Vilkkaan väestöpoliittisen keskustelun seurauksena asetettiin väestöpoliittinen komitea, joka esitti toimintakautenaan vuosina 1935–38 lukuisia perhepoliittisia uudistuksia. Vuonna 1938 säädettiin komitean ehdotuksen perusteella laki lastenneuvoloista, joka toimi myöhemmin mallina Suomen vastaavalle lainsäädännölle.⁴⁴¹

Suomessa pronatalistinen lainsäädäntö aloitettiin vuonna 1935 muuttamalla tulo- ja omaisuusverolakia. Lapsivähennyksiä korotettiin ja siirryttiin puolisoiden erillisverotukseen. Lisävero määrättiin henkilöille, joilla ei ollut perheen tai läheisten ylläpitovelvollisuutta. Tämä niin sanottu 20 prosentin suuruinen ”poikamiesvero” korotettiin vuonna 1940 kaksinkertaiseksi.⁴⁴² Toisin kuin Ruotsissa, lastenhoidonneuvonnan saattaminen kunnalliseksi ei vielä ollut ohjelmassa. Suomen imeväiskuolleisuus oli 1930-luvun puoliväliin mennessä laskenut kansainvälisesti vertaillen hyvälle ”eurooppalaiselle” tasolle lastenhoidonneuvonnan sekä yleisen koulutus- ja elintason nousun seurauksena, eivätkä suuret lainsäädännölliset muutokset olleet vielä ajankoh-
taisia.⁴⁴³

Sen sijaan äitiyshuolto nousi poliittiseen keskiöön, sillä äitiyskuolleisuus oli Suomessa kansainvälisesti katsoen korkea. Tärkeänä syynä olivat korkeat ”keskenmeno”luvut eli laittomat abortit. Lisäksi 40 prosenttia synnyttäjistä

⁴³⁷ Lento 1946, 69–73.

⁴³⁸ Hedelmällisyys laski kaikissa Skandinavian maissa alle uusiutumisluvun 1930-luvulla. Glass 2002 [1940].

⁴³⁹ ”framskapa ett bättre människomaterial.” Myrdal 1935, 245.

⁴⁴⁰ ”I närmaste planet ligger då givetvis den radikala utsovring av höggradigt livsdugliga individer, som kan åstadkommas genom sterilisering.” Myrdal 1935, 257–259.

⁴⁴¹ Muiden muassa lapsivähennyksiä korotettiin, runsaslapsisten asutotilannetta helpotettiin rakentamalla erityisiä suurille perheille soveltuvia asuntoja ja myönnettiin halpakorkoisia kodinperustamislainoja. Glass 1940; Myrdalien teoksesta kts. myös Lento 1946, 70.

⁴⁴² Lento 1946, 73–75.

⁴⁴³ Suomen imeväiskuolleisuus, joka 1930-luvulla pysyi noin 70 promillen tasolla, vertautuu hyvin esimerkiksi Saksan vastaaviin lukuihin. Mitchell 1998, 123–126.

synnytti vielä ilman ammattimaista synnytysapua, ja synnytyssairaaoloita oli harvassa. Maaseudulla kotisynnytykset olivat sääntönä.⁴⁴⁴ Kaupungeissa tosin sairaalassa synnyttäminen yleistyi, ja esimerkiksi Helsinkiin oli valmistunut vuonna 1934 Meilahden sairaala-alueelle Naistenklinikka, jonka yhteydessä toimi myös äitiysneuvola.⁴⁴⁵

Äitiyshuollon katsottiin selkeästi kuuluvan terveydenhuollon piiriin, olihan esimerkiksi kättilölaitos lääkintöhallituksen valvonnassa. Kättilöiden koulutusta lähdettiin ajantasaistamaan: opiskeluaika piteni 15 kuukaudesta kahteen vuoteen, ja sairaanhoitajille annettiin mahdollisuus vuodesta 1935 alkaen opiskella kättilöiksi 13 kuukauden pituisella kurssilla. Kurssiohjelmaan lisättiin kaksi uutta oppiainetta: pikkulastenhoidon opetus ja raskauden aikainen äitiysneuvonta ja -huolto.⁴⁴⁶ Äitiysneuvonnan avulla pyrittiin seulomaan jo etukäteen synnyttäjistä ne, joiden oli turvallisempaa synnyttää sairaalassa. Sen avulla oli myös mahdollista vähentää keskosuutta ja siten pienentää kuolleena syntyneiden ja ensimmäisellä elinviikolla kuolleiden lasten lukua eli perinataalikuolleisuutta.⁴⁴⁷ Vuonna 1938 alettiin maksaa äitiysrahaa vähävaraisille synnyttäjille, joille taattiin myös ilmainen synnytysapu. Uudistus oli niin sanottu ”keppi- ja porkkana”-laki, sillä äitiysrahan edellytyksenä oli lääkäriltä tai kättilöltä ennen synnytystä saatu raskaustodistus.⁴⁴⁸ Vaikka äitiyshuolto nähtiinkin tässä vaiheessa kiireellisemmäksi tehtäväksi kuin lasten terveysneuvonta, paransi kättilöiden suorittama neuvontatyö eli äitien opastaminen hygieniassa, ravitsemuksessa ja ”järkiperaisessä lastenhoidossa” myös syntyvän lapsen kasvuedellytyksiä.

Ruotsin esimerkkiä seuraten valtioneuvosto asetti vuonna 1937 väestöky-symyksiä selvittävän komitean. Lastenlääkäri Viljo Rantasalo toimi puheenjohtajana sosiaalihygieenisessä jaostossa, jonka tehtävänä oli tutkia aborttitilannetta sekä yleisen äitiyshuollon väestöpoliittista merkitystä. Väestökomitea alkoi tuottaa vasta talvisodan jälkeen mietintöjä, joista tärkeimpiä olivat vuoden 1942 lakiehdotukset neuvoloista, terveyssisarista ja kättilöistä.⁴⁴⁹ Komitean mietinnössä oli nähtävissä kansainvälisiä, etenkin pohjoismaisia vaikutteita, jotka muutenkin vahvistuivat Suomessa 1930-luvun loppuvuosina.

3.2 Maaseudun ongelmat Euroopassa yhteisiä

Suomi oli noudattanut suhteissaan ulkovaltoihin läpi koko 1920-luvun liittoutumattomuuden periaatetta, jota kutsuttiin ”loistavaksi eristäytymiseksi”.

⁴⁴⁴ Vuonna 1930 laitossynnytyksiä oli noin viidesosa. Ne yleistyivät toisen maailmansodan aikana, sodan loppuessa sairaalasyntyysten osuus oli jo noin puolet. Turpeinen 1987, 366; Apajalahti 1939.

⁴⁴⁵ Forsius 2003. Verkkolähde.

⁴⁴⁶ Wrede 2001, 108–117.

⁴⁴⁷ Siirala 1934, 125–152.

⁴⁴⁸ Lento 1946, 75; Tiitta 2009, 178.

⁴⁴⁹ Väestökomitean toimintaa käsitellään tarkemmin luvussa 4.4. Lento 1946, 76. Mietinnön seurauksena säädettiin laki kunnallisista terveyssisarista 220/1944, laki kunnankättilöistä 223/1944 ja laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 224/1944.

Suomen poliittiselle ilmastolle oli 1930-luvun puolivälin jälkeen ominaista avautuminen kansainväliselle, etenkin pohjoismaiselle yhteistyölle, jota ajettiin laajalla poliittisella rintamalla. Pohjoismaisen suuntauksen taustalla oli ennen muuta ulko- ja turvallisuuspolitiikka. Sosialidemokraattisen puolueen yhteydet olivat merkittäviä: ruotsalainen yhteiskuntamalli, kansankoti, näyt-
täytyi erityisesti monille sosiaalidemokraateille tavoittelemisen arvoisena.⁴⁵⁰

Pohjoismainen yhteistyö oli toki järjestö- ja asiantuntijatasolla ollut vilkasta 1920-luvusta alkaen. Pohjoismaisiin lastensuojelukokouksiin osallistujia, kansalaisjärjestöjen edustajia ja virkamiehiä, voidaan hyvin kuvata käsitteellä lastensuojelun pohjoismainen episteeminen yhteisö.⁴⁵¹ Terveystieteiden alalla lastenlääkäri- ja tuberkuloosikongressit olivat tärkeitä tiedonvaihto- ja verkostoitumistilaisuuksia, joissa keskusteltiin uusista tutkimus- ja hoitomuodoista ja joiden avulla monet käytännöt yhtenäistyivät Pohjoismaissa.⁴⁵²

Sekä Kallion että Cajanderin hallitukset asettivat useita komiteoita selvittämään ajankohtaisia sosiaali- ja terveystieteellisiä ongelmia, joista monet olivat yhteisiä koko Euroopalle. Jo Ruotsin ajalta periytyvän komitealaitoksen avulla pyrittiin ratkomaan vaikeita yhteiskunnallisia kysymyksiä kokoomalla asiantuntijat, etujärjestöjen edustajat ja poliitikot saman pöydän äärelle, jotta jo komiteatasolla päästäisiin yhteisymmärrykseen ja tarvittaessa pysyttäisiin laatimaan lakiehdotuksia. Näin jo ennen lakiesitysten tuleamista eduskunnan päätettäväksi valtiolta oli tukeutunut vahvasti alan korkeimpiin asiantuntijoihin.⁴⁵³

Komiteatyöskentelyssä haettiin esimerkkiä ja tukea kansainvälisistä tutkimuksista, joita oli tehty erityisesti Kansainliiton piirissä. Kiperiä kysymyksiä olivat syntyvyyden lasku ja ravitsemuskysymykset sekä maaseudun yleinen jälkeenjääneisyys, siellä asuvien terveys- ja asunto-ongelmat ja maaltapako: maaseutu tyhjentyi kaikkialla teollisuusmaissa. Tämän tutkimuksen kannalta tärkeissä komiteoissa, väestökomiteassa⁴⁵⁴, valtion kansanravitsemuskomiteassa ja maaseudun terveydenhuollon komiteassa, valtaosa lakiehdotuksista kohdistui maaseudun olosuhteiden edistämiseen. Kautta aikojen maaseutu oli toiminut valtion ”määrällisenä selkärankana”. Käsitys agrarielämän moraalisesta paremmuudesta ja maaseudun terveellisyydestä ei kuitenkaan pitänyt yhtä todellisuuden kanssa. Maaseudun jälkeenjääneisyyteen puuttui esimerkiksi Ruotsissa syksyllä 1938 Lubbe Nordström radio-ohjelmallaan *Lort-Sverige*, joka herätti valtavaa huomiota.⁴⁵⁵ Kaupunkien sosiaaliin ja terveydellisiin ongelmiin oli Suomessa puututtu tuloksellisesti jo useiden vuosikymmenien ajan, minkä seurauksena imeväiskuolleisuus

⁴⁵⁰ Hentilä 2006, 115, 165–166; Saarikoski 2005, 118.

⁴⁵¹ Andresen et al. 2011, 98.

⁴⁵² Erityisesti professori Arvo Ylppö ja STVY:n pääsihteeri Severi Savonen. *Suomen lääkärit* 1952.

⁴⁵³ Tuloksellinen komiteatyöskentely ei kuitenkaan taannut lakiesitysten läpimenoa eduskunnassa, sillä poliittinen tai taloudellinen tilanne saattoivat muuttua pitkän komiteatyöskentelyn aikana. Raimio-Niemi 2010, 241–267; Tuori 1983, 143, 287.

⁴⁵⁴ Väestökomitean toimintaa ja lakiesityksiä käsitellään luvussa 4.

⁴⁵⁵ Nordström 1938.

kaupungeissa oli jo 1920-luvun alusta ollut Suomessa maaseutua matalampi. Sama ilmiö oli havaittavissa myös muualla.⁴⁵⁶ Pekka Haatasen mukaan suomalainen ”köyhäläisyys” väheni itsenäisyyden alkuvuosikymmeninä maareformien ja teollistumisen myötä. Kuitenkin vielä talvisodan kynnyksellä laajoilla alueilla etenkin maan itä- ja pohjoisosissa väki eli kääpiötiloillaan pienviljelyn ja metsätöiden varassa, eristyksissä kehittyvästä Suomesta.⁴⁵⁷

Maaseudun ongelmat olivat esillä Kansainliitossa, jonka jäsen Suomi oli ollut vuodesta 1920. Kansainliiton terveydenhoito-osasto otti Rockefeller-säätiön ja Maailman työjärjestön ILO:n tavoin maaseudun olosuhteiden selvittämisen ohjelmaansa vuonna 1931.⁴⁵⁸ Kuvaavaa Suomen itsenäisyyden alkuvuosien eristäytyneisyydelle oli, että jäsenyydestä huolimatta terveyskomitean kokouksiin ei haluttu osallistua.⁴⁵⁹ Todennäköisesti yksi syy haluttomuuteen oli kieli: liiton viralliset kielet olivat ranska ja englanti, joita osattiin Suomessa huonosti. Vuosikymmenen lopulla yhteydet tiivistyivät, kun lääkäri Severi Savonen osallistui vuonna 1937 Genevessä maaseudun terveydenhoitoa käsittelevään kokoukseen, jossa hän piti esitelmän saksaksi. Suunnitteilla oli kesälle 1939 iso maaseudun ongelmia käsittelevä kokous Geneveen. Kokous siirrettiin aluksi Euroopan uhkaavan tilanteen vuoksi lokakuulle 1939, mutta jouduttiin lopulta alkaneen sodan vuoksi kokonaan perumaan.⁴⁶⁰

Osa komiteatyöskentelyn seurauksena syntyneistä uudistuksista jäi alkaneen sodan vuoksi vielä odottamaan toteutumistaan. Vuonna 1939 hyväksyttiin kuitenkin pitkään odotettu, useita vuosikymmeniä valmisteltu ehkäisevän terveydenhoidon kannalta merkittävä laki yleisestä lääkärinhoidosta, johon sisältyi vanhan piirilääkärijärjestelmän vaihtaminen lääninlääkäreihin. Samalla kuntia velvoitettiin palkkaamaan lääkäri, jonka tuli myös vastata ehkäisevästä terveydenhoidosta. Talvisodan puhkeamisen vuoksi lain voimaantulo lykkääntyi vuoteen 1943.⁴⁶¹

⁴⁵⁶ Esim. Norja, Andresén 2008.

⁴⁵⁷ Haatanen 1968, 191–222.

⁴⁵⁸ Borowy 2009, 328. Iris Borowyn vuonna 2009 ilmestynyt tutkimus Kansainliiton terveydenhoito-osastosta valottaa soten välisen ajan kansanterveysideologiaa ja toimintamutuja. 1920-luvulla maailmansotaa seuranneet epidemiat työllistivät osastoa, mutta 1930-luvun alussa maaseudun ongelmat nousivat voimakkaasti esille.

⁴⁵⁹ Ulkoministeriön arkistoista käy ilmi, että Suomeen lähetettiin säännöllisesti komitean julkaisuja ja selvityksiä. Osasto järjesti elokuussa 1931 Genevessä Euroopan maaseudun terveyden kysymyksiä käsittelevän suurkonferenssin, johon osallistui delegaatioita 25 maasta. Myös Suomi sai kutsun kokoukseen, mutta kukaan sosiaali- ja maatalousministeriöstä tai lääkintöhallituksesta ei ilmaissut kiinnostusta kokoukseen. Lääkintöhallituksesta ilmoitettiin, että vuoden 1927 terveydenhoitolaki oli pitkälti määritellyt maaseudun terveydenhoitojärjestelyt, joten sen suhteen asiat olivat kunnossa. Tosin kokous voisi olla mielenkiintoinen, mutta ”kokouksen anti ja hyöty eivät vastaisi valtiolle siitä aiheutuvia kustannuksia”. Kokous järjestettiin keskellä syvintä lamaa, minkä vuoksi matkakustannukset olivat toki tärkeitä. Lopulta lähetystön edustaja Genevessä kävi seuraamassa kokousta ja lähetti siitä lyhyen raportin ulkoministeriölle. Kansainliitto, S III, hygieninen jaosto 1930, UAM.

⁴⁶⁰ Osallistujamaat laativat oman maan maaseudun olosuhteita kuvaava kirjasen, jonka Suomen version laati Emil Hynninen. Kirjanen käännettiin sekä ranskaksi että englanniksi. Kansainliitto, S III, hygieninen jaosto 1930, UAM. Emil Hynninen (1882–1947) oli ministeri, Alkon ja Pellervo-Seuran toimitusjohtaja. Uola 2004 KB.

⁴⁶¹ Laki yleisestä lääkärinhoidosta 97/1939; Laki eräiden lakien voimaantulon lykkäämisestä 934/1941. Säädettiin myös sukupuolitautilaki 198/1939, joka määräsi sukupuolitautilien hoidon pakolliseksi, mutta myös ilmaiseksi. Keskustelu maaseudun lääkintöoloista oli alkanut vuonna 1885, jonka

Seuraavassa esiteltävät valtion kansanravitse- ja maaseudun terveydenhuollon komiteamietinnöt ovat tukevia tietopaketteja 1930-luvun ravitse- ja terveydenhuollon tilasta ja kuvastavat samalla aikakauden uusia ajattelutapoja: valtion tehtävän näkeminen myös kansalaisten hyvinvoinnin kannalta, väestön näkeminen kokonaisuutena ja Suomen näkeminen osana eurooppalaista yhteisöä. Myös alle kouluikäiset lapset luettiin kansalaisiksi, joiden ravitsemuksen ja terveyden edistäminen nähtiin osana kansanterveyttä.

Ravitseminen, terveys ja pula-aika

Tammikuussa 1936 asetetun kansanravitseuskomitean tehtäväksi⁴⁶² asetettiin kansanravitsemuksen ja maataloustuotannon kehittäminen mahdollisimman suureen omavaraisuuteen. Komitean tuli myös kiinnittää huomiota tiettyjen erityisryhmien, kuten äitien, pikkulasten sekä koululaisten ja tehdastyöläisten ruokatalouden saattamiseen terveelliselle kannalle ”ilman kohutuuttomia kustannuksia”.⁴⁶³ Tutkimus toimeenpantiin osana Kansainliiton ravitsemustutkimusta.

Taulukko 5. Vitamiinitutkimuksen aikajana.

Vitamiini	Vuosi jolloin ehdotettu	Eristetty	Rakenne määritetty	Synteesi onnistunut
B1-vitamiini eli tiamiini	1901	1926	1936	1936
C-vitamiini	1907	1926	1932	1933
A-vitamiini	1915	1939	1942	—
D-vitamiini	1919	1931	1932	1932
E-vitamiini	1922	1936	1938	1938
B3 vitamiini eli niasiini	1926	1937	1937	1867 ¹⁾
B7-vitamiini eli biotiini	1926	1939	1942	1943
K-vitamiini	1929	1939	1939	1940
B5-vitamiini eli panto-teenihappo	1931	1939	1939	1940
B9 vitamiini eli foolihappo	1931	1939	—	—
B2 vitamiini eli riboflaviini	1933	1933	1934	1935
B6 vitamiini eli pyridoksiini	1934	1936	1938	1939

Lähde: Carpenter 2003, 3038. ¹⁾Niasiini tunnettiin yhdisteenä jo pitkään ennen kuin sen vitamiiniominaisuudet selvisivät.

seurauksena kunnat saivat vuodesta 1888 alkaen valtionapua kunnanlääkäreiden palkkaamiseen. Vuonna 1927 sisäasiainministeriö antoi lain valmistelukunnalle tehtäväksi laatia ehdotuksen piiri-, alue- ja kunnanlääkärilaitosta koskevaiksi lainsäädännöksi. Lääkintöhallituksen lausunto valmistui vasta vuonna 1935. Pesonen 1980, 394–417.

Sairausvakuutuslaki, joka hyväksyttiin eduskunnassa jo vuonna 1927, mutta vaalien yli lykkäämisen kautta hylättiin vuonna 1929, tuli Suomessa voimaan vasta vuonna 1963, eräänä viimeisistä maista Euroopassa. Kettunen 2001, 225–247.

⁴⁶² Tarkka sanamuoto: ”harkita toimenpiteitä kansanravitsemustilan kehittämiseksi ja maataloustuotantomme ohjaamiseksi siihen suuntaan, että, niin paljon kuin mahdollista, kotimaisin tuottein voitaisiin saada aikaan maassamme mahdollisimman tarkoituksen mukainen ihmisravitseminen”

⁴⁶³ Komiteamietintö 1940:5. *Tutkimuksia kansanravitsemustilan parantamiseksi*, 3–5.

Sotienvälisinä vuosina ravitsemustiede oli edistynyt huomattavasti ensimmäisen maailmansodan karvaiden kokemusten kannustamana. 1800-luvun loppupuolesta alkanut bakteriologian voittokulku oli syrjäyttänyt useiksi vuosikymmeniksi ravitsemustutkimuksen. Kuitenkin alkoi selvitä, että infektiot eivät selitäkään kaikkia tautitiloja, vaan syypäänä voisivatkin olla vitamiinien tai hivenaineiden puute, jota voitaisiin korjata muuttamalla ravitsemusta tai antamalla lisäravinteita. Useiden vitamiinien tehtävät ja molekyylikaavat oli pystytty selvittämään 1930-luvun loppuun mennessä, ja monia niistä pystyttiin syntetisoimaan laboratoriossa. Niinpä esimerkiksi riisitaudin hoidolle D-vitamiinilla oli olemassa tieteelliset perusteet. Ravitsemustieteilijä Kenneth Carpenterin mukaan 1930-luku oli ravitsemustieteen todellista kulta-aikaa.⁴⁶⁴ Taulukosta 5 käy hyvin ilmi, kuinka nopeaa vitamiinitutkimuksen kehitys oli.

Myös Suomessa ravitsemustutkimus oli 1930-luvulla vilkasta muun muassa kansanravitsemuskomitean jäsenen, A. I. Virtasen johtamassa Valion biokemiallisessa tutkimuslaitoksessa.⁴⁶⁵ Komitea toimitti useita lausuntoja ja selostuksia eri ministeriöille ennen lopullisen mietinnön julkaisua, joten mietinnön pääasiallinen sisältö oli selvillä ennen talvisodan puhkeamista.⁴⁶⁶

Kansainliiton piirissä käynnistyi vuodesta 1932 lähtien useita ravitsemukseen liittyviä selvityksiä, erityisesti maailmanlaajuisen laman vaikutuksista ravitsemukseen ja terveyteen. Vuonna 1937 ilmestyi monikansallisen ravitsemustutkimuksen laaja loppuraportti⁴⁶⁷, jonka mukaan ravitsemus ja terveys olivat mitä läheisimmin yhteydessä toisiinsa. Siinä ehdotettiin kansallisten tutkimuslaitosten tai komiteoiden perustamista selvittämään kyseisen maan ravitsemustilannetta ja tarpeellisia toimenpiteitä ravitsemuksen parantamiseksi. Yhtenä tavoitteena oli tarjota opastusta taloudellisesti edulliseen, mutta terveelliseen ravitsemukseen. Järjestön suosituksissa otettiin kantaa moniin yksityiskohtiin, kuten kalanmaksaöljyyn D-vitamiinin lähteenä, C-vitamiinin lähteisiin, viljavalmisteiden laatuun ja lasten maidonsaantiin, jota suositeltiin nautittavaksi noin litran verran päivässä. Tärkeänä pidettiin, että kansalliset komiteat tiedottaisivat tutkimuksistaan ja niiden tuloksista Kansainliitolle, joka sitten välittäisi tulokset edelleen ”toisille kansoille ja siten yhteiseksi hyödyksi”.⁴⁶⁸

Suomen kansanravitsemuskomitea lähettikin raportin Kansainliitolle 15.5.1939 siihen mennessä valmistuneista tuloksista. Mietinnön johdannossa ilmeni, että komitea oli hyvin tietoinen Kansainliiton piirissä 1930-luvulla tehdystä ravitsemustutkimuksesta, jota oli tehty aktiivisesti myös Kansainvälisen työtoimiston eli ILO:n piirissä. Suomi oli myös ollut jatkuvasti yhteydessä ja toimittanut tilastotietoja Rooman kansainväliseen maatalousinsti-

⁴⁶⁴ Carpenter 2003, 3023–3032; Carpenter 2003, 3331–3342.

⁴⁶⁵ Litzen 2006, 241.

⁴⁶⁶ Kom.m. 1940:5, 3–5. Rautavirta 2010, 94–95.

⁴⁶⁷ *The Relation of Nutrition to Health, Agriculture and Economic Policy.*

⁴⁶⁸ Kom.m. 1940:5, 13–15.

tuuttiin, joka julkaisi elintarvikkeisiin liittyviä tuotanto-, kulutus- ja hintatilastoja.⁴⁶⁹

Valtion kansanravitsemuskomitean mietintö herätti valmistuessaan syyskuussa 1940 laajaa huomiota. Se on laaja, lähes 500-sivuinen teos, joka pohjautui useisiin tutkimuksiin eri väestöryhmissä. Komitea totesi tyypillisen suomalaisen ruokavalion olevan vaatimaton, mutta ”suhteellisen terveellä pohjalla”. Eräitä muualla esiintyneitä puutostauteja, kuten keripukkia, beriberiä ja pellagraa, ei Suomessa havaittu, mutta jodin puutteesta aiheutuva struuma ja D-vitamiinin puutteesta johtuva riisitauti olivat yleisiä. Myös A- ja C-vitamiinin saanti oli kevättalvella riittämätöntä. Koululaisten ja asevelvollisten ravitsemustila ja yleiskunto olivat monin paikoin heikkoja, minkä arveltiin johtuvan väestön varattomuudesta ja tietämättömyydestä.⁴⁷⁰

Eniten julkisuutta sai koululaisten ravintotutkimus, joka toimeenpantiin lähes 3000 koululaisten joukossa 153 kunnassa. Selvitys on hyvin konkreettinen ja mukaansatempaava sisältäen runsaasti havainnollisia esimerkkejä ”Liisan” tai ”Matin” päivittäisestä ruokavaliosta, joka oli sydäntä riipaisevan puutteellinen sekä kalori- että vitamiinipitoisuudeltaan Itä- ja Pohjois-Suomen maaseudulla. Tutkimus toi vahvasti esille Suomen modernin kaupunkimaailman ja kehittymättömien syrjäseutujen välisen kontrastin. ”Vähävarainen” 13-vuotias silittäjän tytär Helsingistä saattoi nousta viidenteen ruokatyyppiin⁴⁷¹, jossa oli ”kaikkia tärkeitä ruoka-aineita”, sillä ruokavalion noudattamisessa oli ilmeisesti ”otettu oppia” ruokataloutta käsittelevistä kirjoituksista.⁴⁷² Kodinhoitokurssit olivat hyvin suosittuja 1930-luvulla, ja niitä pitivät käytännössä kaikki naisjärjestöt. Kaupungeissa kodinhoito-oppaat olivat helpommin saatavilla: silittäjäkin saattoi lainata kaupunginkirjastosta valistusmateriaalia. Vastakohtana toimi 13-vuotiaan ”vähävaraisen” suojärveläisen pienviljelijän pojan I-ruokatyyppin ”leipä-kahvi-ruokavalio”. Perheessä oli ollut kaikkiaan kahdeksan lasta, josta kaksi oli kuollut. Päivittäiseen ruokavalioon kuului keskimäärin kuusi kupillista kahvia ja vain vajaa desilitra maitoa. Kaloritarve tyydytettiin pääasiallisesti leivällä: lämmintä ruokaa ei tarjottu läheskään joka päivä. Ruokavalion kalorimäärä oli liian matala, rasvaa ja proteiinia oli aivan liian vähän ja vitamiinien puute oli ilmeinen.⁴⁷³

Tutkimuksessa selvisi, että koululaisten ravitsemus oli ”heikko tai heikollainen” 1/4–1/3:lla tutkituista kansakoululaisista, varattomissa oloissa tämä luku oli 1/3–1/2. Sairaalloisuus oli selvästi yhteydessä ravitsemukseen.⁴⁷⁴ Jos koulun puolesta oli järjestetty päivittäinen ruokailu, se nosti matalampia ”ruokatyyppejä” yhdellä pykälällä, mikä heijastui lapsen jaksamiseen ja ter-

⁴⁶⁹ Kom.m. 1940:5, 12–16; Rautavirta 2010, 11. Tiedossani ei ole, miksi ravitsemusalalla yhteydet olivat tiiviimpiä. Pitäisin todennäköisimpänä selityksenä nobelisti, ravitsemustieteilijä A.I. Virtasen jo 1930-luvulla laajoja kansainvälisiä kontakteja. Ihamuotila 2016 KB.

⁴⁷⁰ Rautavirta 2010, 93.

⁴⁷¹ Tutkimuksessa koululaisten ruokavaliot oli jaettu I-VI ruokatyyppiin niiden sisältämän ravintoarvon mukaisesti. Kom.m. 1940:5, 150.

⁴⁷² Kom.m. 1940:5, 160.

⁴⁷³ Kom.m. 1940:5, 151.

⁴⁷⁴ Kom.m. 1940:5, 146–202.

veyteen.⁴⁷⁵ Tutkimuksen mukaan kouluruokailu oli järjestetty noin kahdessa kolmesta koulusta.⁴⁷⁶ Oppivelvollisuuden voimaantulon jälkeen vastuu kouluruokailun järjestämisestä oli siirtynyt yksityisiltä yhdistyksiltä kunnille, jotka saivat vuodesta 1926 kouluruokailuun valtionavustusta. Ruokailun järjestäminen ei ollut pakollista, mutta kuntien oli avustettava oppilaita siten, että koulunkäynti oli mahdollista. Ruokailumahdollisuus yleistyi kuitenkin hitaasti, ja Suomen ravitsemuspolitiikan historiaa tutkinut Kaija Rautavirta esittää syyksi kuntien muiden velvollisuuksien samanaikaista kasvua ja 1930-luvun alun lamaa. Komitea ehdotti kouluruokailun järjestämisen kaikille kansakoululaisille, mikä toteutuikin sodan aikana vuonna 1943.⁴⁷⁷

Pienten lasten ravitsemusta käsiteltiin niukasti. Muutaman sivun pituinen professori Ylpön kirjoitus imeväisikäisen lapsen ruokinnasta sisältää hyvin yksityiskohtaisia ja käytännöllisiä ohjeita. Siitä ilmenee, että vitamiinit ja vitamiinivalmisteiden käyttö olivat vielä uusia kysymyksiä lastenruokinnassa. Ylppö suositteli vitamiinien käyttöä, sillä ne ”olivat terveellisiä” ja rasvaliukoiset vitamiinit ”kasvattavat luustoa ja estävät riisitautia”. Erityisesti pullolapset tarvitsivat vitamiineja. Ylppö kannusti myös rintaruokintaan ja painotti lastenhoidon neuvonta-asemien hyödyllisyyttä.⁴⁷⁸ Ylpön artikkelia seuranneessa lastenlääkäri Toivo Salmen lisälausunnossa korostettiin riisitaudin ja ravinnon välistä yhteyttä, josta Suomessa ei ollut vielä julkaistu tutkimusta. Tanskassa oli annettu ennaltaehkäisevästi kalanmaksaöljyä imeväisille, joiden parissa esiintyi huomattavasti vähemmän riisitautia. Niinpä Mannerheim-liitto oli laatinut ravinto-ohjekirjasen, jossa suositeltiin kolmesta kuukaudesta lähtien aina kahteen vuoteen asti auringottomina kuukausina pientä määrää kalanmaksaöljyä.⁴⁷⁹

Rautavirran käsityksen mukaan mietintö oli merkittävä toiminnan ja tutkimuksen suuntaaja, sillä siinä arvioitiin laajasti suomalaisen kansanravitsemuksen riittävyttä ja pohdittiin keinoja puutostautien torjuntaan. Oli ilmeistä, että komiteatyön yhteydessä saatuja tietoja käytettiin toisen maailmansodan aikaisten ratkaisujen perustana, vaikka monet toimikunnan esitysten toteutukset siirtyivät sodan syttymisen vuoksi myöhempään ajankohtaan.⁴⁸⁰

Severi Savonen ja maaseudun kansanterveys

⁴⁷⁵ Kom.m. 1940:5, 193.

⁴⁷⁶ Osassa kouluista ruokaa tarjottiin kuitenkin vain keväällä. Koko maassa vuonna 1937 arvioitiin 43 prosenttia kansakoululaisista saavan koulukeittolasta ruokaa. Kom.m. 1940:5, 181–183.

⁴⁷⁷ Kom.m. 1940:5, 431. Valtio oli tukenut tavalla tai toisella kouluruokailua jo vuodesta 1913. Tärkein argumentti oli tuberkuloosintorjunta lapsilla: kunnollinen ravitsemus estäisi tuberkuloositartunnan puhkeamisen taudiksi. Rautavirta 2010, 56.

⁴⁷⁸ Kom.m. 1940:5, 253–259.

⁴⁷⁹ Kom.m. 1940:5, 259.

⁴⁸⁰ Rautavirta 2010, 12.

Heinäkuussa 1937 asetettu komitea maaseudun terveydenhoito-olojen parantamiseksi antoi lausuntonsa kahden vuoden työskentelyn jälkeen toisen maailmansodan aattona toukokuussa 1939. Komitean puheenjohtajaksi kutsuttiin Oulun läänin maaherra E.Y. Pehkonen ja sihteeriksi LKT Severi Savonen.⁴⁸¹ Maaherra Pehkonen oli myös SPR:n piirin puheenjohtaja ja näin ollen läänissään vapaaehtoisen kansalaistoiminnan johtaja.⁴⁸² Mietintö määritteli kansanterveystyön sisällön ja kehykset, joiden puitteissa maaseudun terveydenhuoltoa toteutettiin pitkälle 1950-luvulle. Severi Savosen vuonna 1941 julkaisemasta komiteatekstin lyhennelmästä *Kansanterveystyötä tehostamaan!* tuli sotavuosina eräänlainen perusterveydenhoidon raamattu, jota siteerattiin ahkerasti ja joka ohjasi käytännön työtä kunnissa.⁴⁸³

Maaseudun terveysoloja käsiteltiin useassa yhteydessä vuosina 1936 ja 1937, muun muassa maaherrojen ja Suomen Lääkäriliiton yleisessä kokouksessa. Erityisesti korostettiin asumistason nostamista, terveyssisarten virkojen perustamista ja yleensäkin terveysvalistuksen lisäämistä.⁴⁸⁴ Maaherrojen kokouksessa toukokuussa 1936 ehdotettiin lääkintöhallitukseen perustettavaksi uusi lääkintöneuvoksen virka, sillä tehtäviltään laajentunut ”kansan terveydenhoito ja moninaistunut terveydenhuoltotyö”, johon luettiin äitiyshuolto, koululaisten ja pientenlasten terveydenhuolto ja tuberkuloosihuolto, vaativat entistä tehokkaampaa johtoa ja ohjausta.⁴⁸⁵

Terveydenhoitokomiteaa kutsutaan yleisesti puheenjohtajansa mukaan Pehkosen komiteaksi, mutta on ilmeistä, että mietinnön kirjoitti pääosin lääkäri Severi Savonen, jonka persoonaan kansanterveystyö henkilöityi pitkälle 1950-luvulle saakka.⁴⁸⁶ Savonen toimi vuodesta 1913 alkaen Teuvan kunnanlääkärinä ja samalla myös tuberkuloosilääkärinä Teuvan keuhkotautiparantolassa, jossa hän koulutti huoltosisaria tuberkuloosityöhön. Huoltosisarien työssä lapset olivat tärkeässä asemassa, sillä ohjesäännön mukaan sisarten piti antaa neuvoja ja ohjeita pienten lasten hoidossa yleensä ja erikoisesti heidän suojelemiseksi tuberkuloositartunnalta. Heidän oli myös levitettävä kansantajuista, tuberkuloosia ja myös pienten lasten hoitoa käsittelevää kirjallisuutta.⁴⁸⁷

Kun terveyssisarkoulutusta lähdettiin suunnittelemaan Mannerheimliitossa, oli luonnollista, että Savonen tuberkuloosityön edustajana oli mukana työryhmän työssä.⁴⁸⁸ Vuodesta 1925 vuoteen 1962 saakka hän toimi Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen (STVY:n) sihteerinä. Savonen

⁴⁸¹ *Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö* 1939:9, 3–4.

⁴⁸² Maaherrat olivat eräänlaisia maakunnan ”isiä”, joiden toimenkuva ulottui virkatehtävien lisäksi alueen kaikinpuolisen hyvinvoinnin edistämiseen esimerkiksi kansalaisjärjestöissä. Rosén 2002, 302.

⁴⁸³ Kom.m. 1939: 9; Savonen 1941. Kts. luku 6 Sortavalan piirin kansanterveystyöstä. Suomen terveyspolitiikan kannalta tärkeää mietintöä on tarkastellut Harjula 2007; Harjula 2015; Wrede 2001.

⁴⁸⁴ Kom.m. 1939:9, 7–10.

⁴⁸⁵ Kom.m. 1939:9, 8.

⁴⁸⁶ *Suomen lääkärit* 1952.

⁴⁸⁷ Härö 1992, 84.

⁴⁸⁸ *Epione* 11/1923, 133–137; Siivola 1985.

väitteli lääketieteen ja kirurgian tohtoriksi vuonna 1937 tuberkuloosin levinneisyydestä Suomessa käyttämällä aineistonaan asepalveluksessa vuosina 1929–1933 olleita varusmiehiä, joille kaikille oli tehty tuberkuliinikokeet.⁴⁸⁹ Tutkimuksessa ilmeni, että lähes 90 prosenttia varusmiehistä oli jossain elämänsä vaiheessa saanut tuberkuloositartunnan, eli voitiin todella puhua laajasta kansanterveysongelmasta.⁴⁹⁰ Savonen oli kansainvälisesti verkostoitunut: 1920-luvun alusta lähtien hän suoritti useita opintomatkoja Pohjoismaihin ja Keski-Eurooppaan sekä osallistui kaikkiin pohjoismaisiin tuberkuloosikoukuihin ja Euroopan tuberkuloosikongresseihin järjestönsä edustajana.⁴⁹¹

Savonen oli 1930-luvun lopulla monipuolisten kontaktiensa ja työkokemustensa vuoksi sopiva henkilö viemään kansanterveysaatetta eteenpäin, mitä hän tekikin tarmokkaasti. Vuosina 1939–1952 hän toimi lääkintöhallituksessa, aluksi virkaatekevänä ja vuodesta 1944 alkaen kansanterveysosaston vakinaisena lääkintöneuvoksena. Savonen tunnetaan erityisesti tuberkuloosityöstään: hänen on laskettu pitäneen uransa aikana muun muassa yli 2 000 aiheeseen liittyvää esitelmää.⁴⁹²

Maaseudun terveydenhoitokomitean mietinnössä selvitettiin seikkaperäisesti maalaiskuntien ja kauppaloiden terveydenhoitojärjestelmiä, henkilökunnan rakennetta ja maaseudun erityisiä terveysongelmia. Suomen terveydenhuollon ylimpänä elimenä toimi sisäministeriön alainen lääkintöhallitus, joka valvoi lääkintähenkilökuntaa ja apteekkitointia, mutta sen tehtäviin kuului myös kontrolloida, että terveydelle haitallisia olosuhteita ehkäistiin. Maa oli jaettu 53 piirilääkäripiiriin, joiden johdossa olevat piirilääkärit vastasivat valtion virkamiehinä alueensa terveydenhuollosta, erityisesti kulkutautien vastustamisesta ja rokotustoiminnasta. Piirilääkärit antoivat lääkintöhallitukselle vuosittaisen kertomuksensa, joka sisälsi väestön terveydentilan ja kulkutautien lisäksi myös tietoa vuodentulosta, säästä ja yleisistä elinolosuhteista. Syrjäseuduilla, Oulun ja Lapin lääneissä sekä Suomenlahden ulkosaarissa, toimi myös toistakymmentä valtion palkkaamaa aluelääkärinä. Piiri- ja aluelääkäreiden kertomusten pohjalta lääkintöhallitus laati vuosittain kertomuksen maan terveydellisestä tilanteesta.⁴⁹³

Vuonna 1939 maassamme oli 1 360 lääkärinä, joista suurin osa työskenteli kaupungeissa. Naislääkäreiden määrä oli lisääntynyt koko 1930-luvun ajan; heitä oli talvisodan syttyessä 176 eli heidän osuutensa lääkäriseurasta oli

⁴⁸⁹ Tutkimus oli osa vuonna 1928 alkanutta pohjoismaista tuberkuloosiselvitystä, jonka aloitteentekijä oli suomalainen tuleva keuhkotautiopin professori H.G. Haahti. Se tehtiin armeijan lääkintäviranomaisten ja Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen yhteistyönä. Samasta aineistosta valmistui useita muitakin tutkimuksia. Savonen 1937, 6–7.

⁴⁹⁰ Tuberkuloositartunnan saaneista noin 10 % sairastuu yleensä myöhemmin tuberkuloosiin vastustuskyvyn heikennyttyä esimerkiksi muun infektion tai heikentyneen ravinnonsaannin vuoksi. *Mikrobiologia ja infektiosairaudet I* 2003, 145; Tuberkuloosin kehittämisestä kansanterveysongelmaksi kts. Jauho 2006.

⁴⁹¹ *Suomen lääkärit* 1952.

⁴⁹² Korppi-Tommola 2001 KB; *Suomen lääkärit* 1952.

⁴⁹³ Kom.m. 1939:9,19; Pesonen 1980, 257–259; Tiitta, 2009, 40; Lääkintöhallituksen kertomus, SVT XI.

13 prosenttia. Opiskelijoiden joukossa naisia oli enemmän, koska vuonna 1950 naisten osuus valmiista lääkäreistä oli 21 prosenttia.⁴⁹⁴ Suhteellisen suuri naislääkärien osuus helpotti lääkintätoimen järjestämistä siviiliväestön keskuudessa sotavuosina.

Vain noin puolella maan 564 kunnasta ja kauppalasta oli vuonna 1937 oma kunnanlääkäri, ja joka viidennessä kunnassa lääkäri ei edes käynyt säännöllisesti pitämässä vastaanottoa.⁴⁹⁵ Maaseudun kunnanlääkäreiden työ keskittyi sairaiden hoitamiseen, sillä kunnansairaaloissa suoritettiin vaati- viakin leikkauksia. Ehkäisevä terveydenhuolto ei ollut lakisääteistä eikä muu- tenkaan kuulunut lääkärin toimenkuvaan ja identiteettiin. Kaupungeissa lää- käritilanne oli niissä toimivien sairaaloiden ja yksityislääkärien vuoksi huo- mattavasti parempi. Kouluterveydenhuolto oli toteutunut kaupungeissa lähes täydellisesti, kun maaseudulla vain puolessa kouluista tehtiin terveystarkas- tuksia.⁴⁹⁶

Terveyssisaren toimia oli yhteensä 211 kunnassa⁴⁹⁷, joissa tehtäväkenttänä oli yleensä tuberkuloosi- ja kouluterveydenhuolto. Komiteanmietinnön selvi- tyksen mukaan ainoastaan 40 terveyssisaren työtehtäviin sisältyi pientenlas- tenhoito. Vuosittain valmistui 80–100 terveyssisarta. Tämän lisäksi maalais- ja kauppalakunnissa oli noin 200 kiertävää sairaanhoitajarta sekä noin 240 seurakuntien palkkaamaa diakonissaa. Lakisääteinen kunnankättilö, jon- ka palkasta valtio maksoi kaksi kolmasosaa, oli monilla syrjäseuduilla kun- nan ainoa terveydenhuollon ammattihenkilö.⁴⁹⁸

Mietinnössä kiinnitettiin huomiota siihen, että imeväiskuolleisuus oli maaseudulla selvästi korkeampi kuin kaupungeissa, joissa se oli laskenut jo 50 promillen tietämiin, kun maaseudulla se oli vielä noin 70 promillea. Suu- rin painoarvo kaupungeista oli Helsingillä, jossa vähävaraisen ja lapsirik- kaimman väestönosan taloudellinen asema oli huomattavasti kohonnut, asunto- ja hygieeniset olot parantuneet ”erilaisten terveydenhuollollisten toimenpiteiden ja yleisen kehityksen seurauksena”, ja pikkulasten hoito ja ruokinta olivat tulleet ”tarkoituksenmukaisemmiksi”. Lastenhoidon tason kohottajina mainittiin Maitopisara ja Mannerheim-liitto, ”jotka neuvonta- ja hoitoasemiensa välityksellä ja muulla tavoin ovat levittäneet valistusta laa- joihin väestöpiireihin”. Komiteanmietinnössä todettiin, että lastenhoidon neuvonta-asemien eli neuvoloiden muodostavan ”tärkeän renkaan” yleisessä terveydenhoitotyössä. Niiden tehtävänä oli ”huolehtia lasten terveydellisestä kehityksestä, huomauttaa äideille mahdollisista häiriöistä ja hoitovirheistä ja pitää silmällä, että niitä noudatetaan”. Neuvolan tehtäviin kuului myös huo- lehtia siitä, että lapsi sairastuessaan pääsisi nopeasti hoitoon. Lääkäri saattoi

⁴⁹⁴ SVT XI 1939–1952, 1955, taulukko 1.

⁴⁹⁵ Vuonna 1865 kunnille annettiin vastuu sairaanhoidon järjestämisestä asukkailleen. Valtio alkoi maksaa 1800-luvun lopulla valtionapua kunnanlääkäreiden, kättilöiden ja kiertävien sairaanhoitajien palkkaamiseen. Kom.m. 1939:9, 47–48.

⁴⁹⁶ Kom.m. 1939:9, 73.

⁴⁹⁷ Vuonna 1938 Suomessa oli kuitenkin 486 terveyssisarta, joista moni toimi myös esimerkiksi teol- lisuuslaitosten työterveyshuollossa. SVT XI 1938, taulukko 1.

⁴⁹⁸ Kom.m. 1939:9, 47–48. Vuonna 1938 Suomessa oli 930 kättilöä. SVT XI 1938, taulukko 1.

jo lasten syntymästä lähtien huomata niissä ”erikoisuuksia” ja ”todeta sairauksia”, minkä vuoksi oli paikallaan, että neuvolatyöhön osallistuu terveyssisaren ohella myös lääkäri.⁴⁹⁹

Sanavalinnoista voi päätellä, että terveyssisar määriteltiin lastenneuvolan ensisijaiseksi työntekijäksi. Lääkärin tehtävänä oli tarkastuksissa todeta sairauksia ja poikkeavuuksia, mutta lastenhoidon neuvonta oli sen sijaan annettu terveyssisarten tehtäväksi. ”Hoitajavetoiseen lastenneuvolamalliin” päädyttiin pääosin olosuhteiden pakosta, sillä maaseudulla lääkäreitä oli harvassa ja heidän aikansa kului sairaanhoidossa. On huomattava, että neuvolatoimi luettiin mietinnössä selkeästi terveydenhoidon piiriin kuuluvaksi.

Komitea teki lakiesityksen kunnallisesta terveydenhoitajatarvonnasta ja suositteli samalla keskitettyä työjärjestelyä, jonka puitteissa kouluhoitaja- ja tuberkuloosihuoltotyöhön yhdistettäisiin pientenlasten hoidon neuvonta. Keskittäminen koettiin välttämättömäksi etenkin vähävaraisilla syrjäseuduilla, missä perheet ovat yleensä lapsirikkaita ja terveydelliset olosuhteet puutteelliset. Näin työn järjestely tulisi helpommaksi, ja perheiden ja ”sisarten” välillä syntyisi parempi luottamus. Tehtäviin kuuluisi lisäksi myös erilaisten kulkutautien leviämisen seuraaminen ja kotien avustaminen tarvittaessa sairaanhoidossa. Terveyssisaret toimisivat yhdyssiteenä kotien ja lääkärin välillä. Näin laaja-alaisiin tehtäviin tarvittaisiin arviolta 1000 terveyssisarta kuntiin.⁵⁰⁰

Sirpa Wreden mukaan terveyssisarlaissa on nähtävissä selviä kansainvälisiä vaikutteita, joita oli omaksuttu Yhdysvalloista Rockefeller-instituutin kanssa tehdyn yhteistyön kautta.⁵⁰¹ Lakiehdotuksessa terveyssisaren toiminnaksi määriteltiin kotien terveydenhuolto, pientenlasten huolto kouluikänsä asti, kansakoulujen oppilaiden terveydenhuolto, tuberkuloosihuolto sekä kotisairaanhoito, ”mikäli viimeksimainittu ei tuota haittaa terveydenhuoltotehtävien suorittamiselle”.⁵⁰² Samalla ehdotettiin kansakoululaisille ilmaista kouluruokailua sekä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan muuttamista lakisääteiseksi.

Toisen maailmansodan kynnyksellä julkaistu mietintö on kirjoitettu lakonisella asiantuntijatyylillä vailla isänmaallista paatosta. Mietintö oli monessa mielessä käänteentekevä, sillä se esitti sosiaalivaltion hengessä useita uusia kuntia velvoittavia terveydenhoitotoimintoja, joiden tukeminen olisi myös valtion tehtävä. Tärkeänä argumenttina käytettiin ennaltaehkäisyä, sillä ”mitä laiminlyödään terveydenhoidossa, siirtyy huollon kannettavaksi, ja mitä terveydenhoidossa säästetään, saatetaan huollossa joutua maksamaan moninkertaisena”. Oikeaan huoltopolitiikkaan kuului, että terveyden säilyttämiseksi tai sen palauttamiseksi ryhdyttäisiin ajoissa.⁵⁰³ Yhteiskunnalliselle terveydenhoidolle annettiin keskeinen osa kunnallisessa palvelukentässä.

⁴⁹⁹ Kom.m. 1939:9, 70.

⁵⁰⁰ Kom.m. 1939:9, 48–50.

⁵⁰¹ Wrede 2001, 132.

⁵⁰² Kom.m. 1939:9, 142.

⁵⁰³ Kom.m. 1939:9, 95–96.

Sirpa Wrede on kiinnittänyt huomiota mietinnön holistiseen suunnitteluun, jossa kunnalliset terveyspalvelut ja kansanterveystyö oli ymmärrettävä sosiaalipolitiikan ehdoilla.⁵⁰⁴ Palveluiden ei välttämättä tarvinnut olla kunnan järjestämää, vaan kansalaisjärjestöillä oli tärkeä asema myös perusterveydenhoidossa. Mietintö koordinoi jo olemassa olevia palveluita kattavaksi ohjelmaksi, sillä sen ainoa lakiehdotus koski terveystalolakeja.

Lakiehdotus kunnallisesta terveydenhoitajatarvikeesta lykkääntyi syksyllä 1939 alkaneen talvisodan vuoksi. Pehkosen komitean esityksistä suurin osa toteutui jossain muodossa jo sotavuosina. Terveystalolakeja tuli uudestaan eduskunnan käsiteltäväksi vuonna 1942 väestökomitean ”kansanterveyslakipaketin” osana.

Ajatus terveystaloista nostetaan esille

On merkittävää, että maaseudun terveydenhoitokomitean mietinnössä ensimmäisen kerran nostettiin esille ajatus terveystaloista, joiden varaan Suomessa sotavuosien jälkeen perustettiin maaseudun ehkäisevä terveydenhoito. Kuntiin ehdotettiin rakennettavaksi neuvolaa varten erityisiä ”terveystaloja”, joihin voitaisiin sijoittaa myös kättilön ja terveydenhoitajattaren asunnot. Itse sana oli sijoitettu vielä lainausmerkkien sisään, sillä käsite oli uusi ja vieras.⁵⁰⁵ Mietinnössä mainittua ajatusta terveystalosta oli toteutettu käytännössä esimerkiksi Neuvostoliitossa ja Jugoslaviassa. Siellä maaseudun terveyspalveluita oli parannettu terveyskeskuksilla, joissa tarjottiin sekä terveyden- että sairaanhoitopalveluita.⁵⁰⁶

Terveystaloja käsiteltiin vuonna 1931 pidetyssä Kansainliiton terveyskomitean maaseudun ongelmia käsittelevässä konferenssissa. Kokousta valmistelevan komission tehtävänä oli suunnitella kattava ja tehokas, mutta taloudellisesti edullinen terveydenhuolto harvaan asutulle maaseudulle. Perusyksiköksi määritettiin *health center*, terveyskeskus. Käsite on alkujaan peräisin 1900-luvun alun Englannista ja Yhdysvalloista, joissa *health center* toimi suurissa kaupungeissa lastenhoidon tai tuberkuloosin huoltoyksikköinä. Yhdysvalloissa terveyskeskus kärsi köyhäinhuollon stigmasta ja herätti vastustusta lääkärikunnassa, joka näki keskuksien ”lääketieteellisen sosialismin” (*medical socialism*) airueena.⁵⁰⁷ Ajatus terveyskeskuksista sai rantauduttuaan Eurooppaan ensimmäisen maailmansodan jälkeen erilaisia ilmenemismuotoja. Siitä tuli maaseudun ilmiö erityisesti Itävalta-Unkariin aikaisemmin kuuluneissa maissa. Terveyskeskusten luonne vaihteli maasta toiseen. Nihin oli usein liitetty terveydenhuollon lisäksi muita toimintoja, kuten valistustoimintaa ja sosiaalipalveluita.⁵⁰⁸

⁵⁰⁴ Wrede 2001, 131–134.

⁵⁰⁵ Kom.m. 1939:9, 66–67.

⁵⁰⁶ Jugoslaviasta kts. Brown & Fee 2006.

⁵⁰⁷ Borowy 2009, 328.

⁵⁰⁸ Borowy 2009, 330–331.

Kansainliiton kokouksen valmisteleva komissio piti terveyskeskusta tehokkaimpana tapana huolehtia maaseudun terveyspalveluista. Toimiva järjestelmä edellytti asialleen omistautuneita lääkäreitä, mikä nähtiin selvästi ongelmaksi. Työ maaseudulla merkitsi pitkiä työpäiviä vaikeissa olosuhteissa, usein heikommien palkattuna ja arvostettuna kaupunkiolosuhteisiin verrattuna. Lääkärien tai lääketieteen opiskelijoiden mahdollisesta työvelvollisuudestakin maaseudulla keskusteltiin.

Toinen ongelma oli maaseudun väestö, joka ei ollut tottunut käyttämään lääkäripalveluita. Lääkäriin turvauduttiin vain äärimmäisessä hätätilanteessa, kun perinteiset menetelmät eivät enää toimineet. Moderni lääketiede taas painotti sairauksien ehkäisyä ja aikaista havaitsemista. Tilannetta pahensi vielä se, että yliopiston käyneet lääkärit ja kouluttamaton maaseutuväestö eivät pystyneet kommunikoimaan keskenään tehokkaasti, mistä seurasi molemminpuolinen luottamuspuula. Tämän vuoksi nähtiin välttämättömäksi, että lääkäreiden ja maalaisväestön välissä toimisi ammattiryhmä, käytännössä kättilöt ja terveyssisarret, jotka olisivat sosiaalisesti ja kulttuurisesti lähempänä hoidettaviaan.⁵⁰⁹

Valmistelevan komission esitys terveyskeskuksista maaseudun terveydenhuollon perusyksikköinä hyväksyttiin varsinaisessa konferenssissa vuonna 1931. Konferenssitekstien neutraalit sanakäänteet ja tietty teknisyys voidaan Borowyn mielestä nähdä kokouksen ehkä suurimpana saavutuksena. Nostamalla kansanterveyskysymykset ”tekniseksi kysymykseksi”, joka vaati ”teknisiä ratkaisuja”, konferenssi pystyi välttämään poliittisia ”kuumia perunoita”, joista maanomistuskysymykset olivat päällimmäisinä. Lääkäriavun saatavuus, terveyskasvatus ja puhdas vesi olivat välttämättömiä kaikkialla, ja ne oli pystyttävä tarjoamaan kansalaisuudesta, ideologiasta tai poliittisesta järjestelmästä riippumatta. Yksityisten ja julkisten palveluiden välinen jännite ratkaistiin julistamalla, että valtiolla oli viime kädessä vastuu palveluiden järjestämisestä, mutta että sillä oli täysi vapaus valita tapa, miten palvelut organisoitaisiin.⁵¹⁰

Severi Savonen julkaisi vuonna 1938 *Duodecim*-lehdessä artikkelin Kansainliiton terveydenhoito-osastosta, jota oli edellisinä vuosina askarruttanut kysymys ”maalaisseutujen terveysoloista ja niiden parantamiskeinoista”. Vuonna 1931 pidetyn konferenssin pöytäkirjat sisälsivät paljon seikkoja, mitä Suomessakin voisi Savosen mielestä ottaa vakavasti harkittavaksi. Suomi oli ollut melko vähän mukana Kansainliiton hygieenisen osaston toiminnassa, ja siihen olisi koetettava saada muutos.⁵¹¹ Savonen oli siis saanut paljon vaikutteita Kansainliiton terveydenhoito-osaston esityksistä. Suomalainen versio terveystalosta oli hyvin yksinkertainen: se oli pääsääntöisesti tarkoitettu vain kättilöiden ja terveyssisarten asuintaloksi sekä neuvolatoimintaan.⁵¹² Suomes-

⁵⁰⁹ Borowy 2009, 333.

⁵¹⁰ Borowy 2009, 338–339.

⁵¹¹ Savonen 1938.

⁵¹² Vuonna 1972 kansanterveyslain jälkeen alettiin maaseudulle rakentaa terveyskeskuksia, jotka olivat pitkälle vuoden 1931 Kansainliiton kokouksen hengen mukaisia; niissä oli yhdistetty sekä terveyden- että sairaanhoito, mutta niissä ei enää ollut asuntoja henkilökunnalle.

sa oli jo ennestään jonkin verran kokemusta syrjäseutujen terveyspalveluista. Eräänlaisia terveystaloja olivat SPR:n ylläpitämät rajaseudun sairastuvat, joita oli rakennettu valtion avustuksella jo 1920-luvulta lähtien. Näissä asuva sairaan- tai terveydenhoitaja huolehti ympäristön asukkaiden terveyspalveluista jakamalla kotikäynneillä tuberkuloosi- ja pienten lasten hoitovalistusta. Tärkeänä tehtävänä oli myös antaa ensiapua lähistöllä työskenteleville metsätyömiehille. Sairastuvissa oli usein pieni sairaalahuone, joka saattoi toimia myös synnytyshuoneena.⁵¹³ Savosen ehdottamia terveystaloja lähdettiin Suomessa rakentamaan talvisodan jälkeen syrjäseuduille ulkomailta saatujen avustusten turvin.

3.3 Medikalisoituva lastenneuvola

Lastenhoidonneuvonta alettiin 1930-luvun loppupuolella nähdä osana koko väestöön kohdistuvaa kansanterveystyötä. Tämä merkitsi ensinnäkin irtautumista aikaisemmasta tulkinnasta, jonka mukaan toiminta nähtiin osana lastensuojelua. Aikaisemmin toimenpiteet suunnattiin perheille, jotka eivät oma-aloitteisesti kyenneet tyydyttävästi huolehtimaan lapsistaan. Toiseksi neuvonnan kohderyhmä laajeni periaatteessa kaikkiin alle kouluikäisiin lapsiin, ei pelkästään imeväisiin. Kolmas merkittävä muutos oli toiminnan teellistyminen: ravitsemuksella, vitamiini- ja lisäravintovalmisteilla alettiin ehkäistä riisitauteja ja anemioita. Nyt neuvontatyö vaati alan koulutusta toisin kuin 1920-luvulla, jolloin lasten terveysneuvonta keskittyi perusasioihin: imeväisten hoitoon, ruokintaan ja hygieniaan. Tuberkuloosityön katse kohdistui alle kouluikäisiin, joiden varjeleminen tuberkuloositartunnalta nähtiin elintärkeäksi ”kansallisvaaran” taltuttamiseksi.

Seuraavaksi tarkastelen lasten terveysneuvonnan uusia muotoja, joista tuberkuloosityö ja ravitsemusneuvonta olivat tärkeimpiä. Rokotukset eivät olleet vielä ajankohtaisia: ne ilmestyivät neuvolatyöhön vasta talvisodan jälkeen.

Tuberkuloosityö – Cornet vai Flügge?

Lastenneuvoloissa tuberkuloosintorjunta nähtiin tärkeäksi alusta alkaen. Jo vuonna 1904 toivottiin, että perustettavalla Maitopisaralla olisi oleva ”pieni sija niiden toimenpiteitten joukossa, jotka koettavat estää tuberkuloosin levenemistä kansamme keskuudessa”.⁵¹⁴ Vuosisadan vaihteessa tuberkuloosintorjunta merkitsi oikeaoppista ravitsemusta ja hygienian korkeaa tasoa, sillä mitään mahdollisuuksia täsmätorjuntaan ei ollut. Tosin jo 1850-luvulta saakka kalanmaksajäljyä oli käytetty tuberkuloosin tehohoitona.⁵¹⁵

⁵¹³ Punaisten Ristin sairastupia oli myös Ruotsissa ja Kanadassa. Rosén 2002, 268–273; Elliott 2004.

⁵¹⁴ Vlk 1905, Da: 1, Maitopisarayhdistys, HKA.

⁵¹⁵ Härö 1992, 14. Tuberkuloosi on *Mycobacterium tuberculosis*-bakteerin aiheuttama infektio. Tuberkuloosi voi aiheuttaa tulehduksen missä tahansa elimessä. Tavallisin tautimuoto on keuhkotuberkuloosi, jonka paikallisoireita ovat pitkittynyt, yli 3 viikkoa kestänyt yskä. Tuberkuloosin yleisoireita

Tuberkuloosi oli Suomessa tavattoman laajalle levinnyt: se oli tärkein työikäisen väestön tappaja. Sotienvälisenä aikana tautiin kuoli vuosittain 7000–8000 henkeä.⁵¹⁶ Käytännössä lähes kaikki suomalaiset olivat aikuisikään mennessä saaneet tuberkuloositartunnan. Oli odotettavissa, että tartunnan saaneista noin 10 prosenttia sairastuisi jossain vaiheessa elämästään tautiin.⁵¹⁷ Tuberkuloosia oli erityisen paljon Pohjanmaalla, jossa jopa 5–6 prosenttia väestöstä tietyillä paikkakunnilla saattoi sairastaa tautia. Maksamaan pitäjässä tehtiin vuosina 1912–1914 suuri tuberkuloositutkimus, jonka mukaan alle 16-vuotiaista noin 40 prosenttia ja aikuisista lähes sata prosenttia oli saanut tuberkuloositartunnan.⁵¹⁸

Keuhkotuberkuloosin ennuste oli huono, sillä noin puolet sairastuneista kuoli kymmenen vuoden sisään.⁵¹⁹ Tautia oli torjuttu mittavilla valistuskampanjoilla jo 1800-luvun lopusta alkaen.⁵²⁰ Tuberkuloosivalistuksesta ja –huollosta valtionavun turvin vastaava Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys toimi Mannerheim-liiton tavoin osana välillistä hallintoa. Maa oli jaettu tuberkuloosipiireihin, joiden huoltotoimistoihin (dispensääreihin) palkattiin lääkäri ja tuberkuloosihoitajatar. Kunnat saivat vuodesta 1930 lähtien valtionapuna puolet tuberkuloosihoitajattaren palkasta.⁵²¹

Kun aikaisemmin tuberkuloosin esiintymistä oli tilastoitu kuolleisuuslukujen mukaan, saatiin 1800-luvun loppuvuosina käyttöön uusi menetelmä, tuberkuliinikoe, jolla tuberkuloositartunta voitiin todeta ihokokeella eli tuberkuliinireaktiolla. Tuberkuliinikoe voitiin tehdä monella tapaa. *Pirquet*-kokeessa raapaistulle iholle tiputettiin vaarattomaksi käsiteltyjä tuberkuloosibakteerin osasia sisältävää tuberkuliinia, *Mantouxissa* se ruiskutettiin ihon sisään, *Hamburger*- ja *Moro*-kokeessa tuberkuliinisalvaa taas siveltiin iholle heftan alle. Kolmen vuorokauden kuluttua tuberkuloositartunnan saanut henkilö kehitti iholle paikallisen tulehdusreaktion, joka osoitti, että hänellä oli vasta-aineita tuberkuloosibakteeria kohtaan.⁵²²

ovat ruokahaluttomuus, laihtuminen, väsymys, yöhikoilu tai kuumeilu. Keuhkojen ulkopuolisen tuberkuloosin paikallisoireet riippuvat siitä, missä kehon osassa tulehdus on. Tavallisin on imusolmuketuberkuloosi. Tauti tarttuu ilman välityksellä, ja suurin riski saada tartunta on yhdessä asuvilla perheenjäsenillä. *Mikrobiologia ja infektiosairaudet I* 2003, 144–145.

⁵¹⁶ Härö 1992, 226. Tuberkuloosityön historian tärkein lähde on Sakari Härön vuonna 1992 julkaisema *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa*. Kts. myös Kannisto 1947 suomalaisen yleisimmistä kuolinsyistä. Mikko Jauhon väitöskirja vuodelta 2007 tarkastelee käsitteellisesti tuberkuloosin määrittymistä kansanterveysongelmaksi.

⁵¹⁷ Savonen 1937. Tiedettiin, että lähes kaikki asevelvollisuusikäiset olivat saaneet tuberkuloositartunnan, ja on todennäköistä, että myös naisten parissa tartunta oli yhtä yleinen.

⁵¹⁸ Härö 1992, 36; Savonen 1937, 30. Tuberkuloosi voitiin nähdä ”epidemiana”, jonka leviämisseunta oli lännestä itään. Pohjanmaalla sairastavuusluvut olivat olleet aivan omaa luokkaansa jo 1700-luvulta lähtien. Tuberkuloosiepidemian huippu koettiin 1800-luvun lopulla, jonka jälkeen kuolleisuusluvut hitaasti lähtivät laskemaan. Backman ja Savonen 1934.

⁵¹⁹ Härö 1992, 184.

⁵²⁰ Järjestö levitti muun muassa erilaisia propagandatauluja julkisiin tiloihin, kuten rautatieasemille neuvoloihin ja lääkäreiden vastaanottohuoneisiin. Härö 1992, 15, 152. *Muistisääntöjä*–huoneentauluista otettiin 600 000 painos.

⁵²¹ Härö 1992, 88–92. Kunnissa terveysisaret toimivat usein puoliksi kouluhoitajina ja puoliksi tuberkuloosihoitajina, jolloin valtion osuus palkkamenoista oli hieman yli puolet.

⁵²² Robert Koch eristi tuberkuloosibakteerin vuonna 1882. Härö 1992, 12, 109; Savonen 1937, 14–21.

Tuberkuloosin levinneisyyttä lasten keskuudessa tutkittiin erityisesti Helsingissä. Selvityksen kohteiksi otettiin tuberkuloositoimistojen perheet ja kansanlastentarhojen lapset. Kansanlastentarhoissa⁵²³ tehtiin vuonna 1914 Pirquet-koe 500:lle iältään 3–7-vuotiaalle lapselle. Keskimäärin 46 prosenttia oli saanut tuberkuloositartunnan, joka yleistyi iän karttuessa: 3–4-vuotiailla lapsilla positiivinen tulos saatiin 22 prosentilla, kun 7–8-vuotiailla jo 54 prosentilla todettiin tartunta.⁵²⁴ Tuberkuliinitestejä ei vielä tässä vaiheessa tehty Maitopisaran lastenneuvolassa.

Tuberkuloottisten perheiden lapsilla tartunta oli luonnollisesti yleisempi. Vuosina 1909–1912 Helsingin tuberkuloositoimistossa tutkittiin 472 lasta, joista 69,3 prosenttia reagoi positiivisesti tuberkuliinille.⁵²⁵ Toimistossa oli lääkäri Hjalmar Söderströmin mukaan perheitä yritetty auttaa monin tavoin. Vastasyntyneitä lapsia oli siirretty lastenkoteihin ja yksityisiin terveisiin perheisiin, mikä oli osoittautunut tulokselliseksi, sillä siirrettyjen lasten joukossa tuberkuloosia ei tavattu juuri lainkaan.⁵²⁶ Jos lapsi jäi tartuttavaa tuberkuloosia sairastavien vanhempiensa hoitoon, noin kahdeksan prosenttia lapsista sairastui, ja erityisesti alle neljävuotiaiden joukossa oli useita kuolemantapauksia aivokalvotulehdukseen ja yleistyneeseen eli miliaarituberkuloosiin.⁵²⁷

Tuberkuloosin tarttumismekanismeista vallitsi 1900-luvun alussa vaihtelevia käsityksiä. Cornet'n mukaan tartunta tapahtui sellaisen pölyn välityksellä, joka oli syntynyt lattialle kuivuneista pieneksi hieroutuneista ysköksistä. Teoriasta ovat peräisin kiellot lattialle sylkemisestä, pölyn välttäminen tehostetulla siivouksella ja kodin sisustaminen helposti puhdistettavilla materiaaleilla. Flüggerin mukaan taas tuberkuloosi levisi pääasiallisesti yskittäessä syntyvien pisaroiden kautta. Tällöin ahtaat asunnot ja huono tuuletus lisäsivät tartunnan riskiä, joka oli luonnollisesti suurin sairastuneen lähipiirissä. Tiedettiin myös, että tuberkuloosi ei levinnyt ulkoilmassa ja että aurinko tuhosi tuberkuloosibakteereja.⁵²⁸ Ultraviolettivalon tuberkuloosibakteereja tuhoavaa tehoa hyödynnettiin Finsen-, kvartsi eli alppiaurinkolampuilla.⁵²⁹

⁵²³ Kansanlastentarhat oli perustettu avustamaan köyhiä koteja pienten lasten kasvatuksessa ja hoidossa. Lukuvuonna 1913–1914 hoidettiin 15 lastentarhassa noin 1900 lasta, jotka olivat iältään 2–8-vuotiaita. Tarhoille saatiin oma lääkäri syksystä 1913 lähtien. Kertomus Helsingin kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1913. VIII Kansanlastentarhat, 339–349.

⁵²⁴ Ruotsalainen 1922, 191–205.

⁵²⁵ Savonen 1937, 30.

⁵²⁶ Perheistä oli eristetty 51 lasta, joista yhdellä oli imurauhastuberkuloosi. Ensimmäinen tuberkuloosille altistuneiden lastenkoti avattiin jo vuonna 1910 Pitäjänmäelle. Härö 1992, 57.

⁵²⁷ Söderström 1931, 925–953.

⁵²⁸ Savonen: Cornet vai Flügger? 1927, 271—280. Nykykäsityksen mukaan tuberkuloosi tarttuu ilmassa leijuvien mikropisaroiden välityksellä. *Mikrobiologia ja infektiosairaudet I* 2003, 144.

⁵²⁹ Härö 1992; Jauho 2007, 130–133.



Puhtaus ja päivänpaiste ovat parhaat liittolaisemme keuhkotautia vastaan.

SUOMEN TUBERKULOOSIN VASTUSTAMISYHDISTYS

Julkaisi: KOULUAITTA OY

Kuva 4 STVY levitti valistustauluja kouluihin ja neuvoloihin. Tässä maalaistalossa noudatetaan Cornet'n oppia: koti on sisustettu materiaaleilla, joista pöly on helposti pyyhittävissä. Kuva: Uc, MLL, KA.

Tuberkuloosin torjunnassa huomio oli kohdistunut jo alusta alkaen kotiin, jonka puhtaus oli yleensä naisten vastuulla. Vuonna 1924 mietintönsä antanut tuberkuloosikomitea ilmoitti kannattavansa Emil von Behringin esittämää vielä kiistanalaista ”uutta oppia”, jonka mukaan ratkaisevaa tuberkuloosin leviämisessä oli ensimmäisten elinvuosien aikana saatu massiivinen tartunta, ja kaikki myöhempi sairastaminen oli seurausta lapsuuden tapahtumista. Tavoitteena oli ensitartunnan ehkäiseminen, jolloin torjuntatyö oli suunnattava koteihin, pikkulapsiin ja koululaisiin. Näin sekä pikkulasten terveysneuvonta että kouluterveydenhuolto nousivat keskiöön tuberkuloosin, ”kansallisvaaran”, ehkäisyssä.⁵³⁰

Oppivelvollisuuden astuttua voimaan 1921 oli mahdollista saada kokonaiset ikäluokat terveystarkastusten piiriin. Savosen mukaan STVY:n huoltopiireissä ehkäisevään tuberkuloosityöhön kuului oleellisena osana kansakoululapsille suoritettavat tuberkuliinikokeet. Useissa 1930-luvulla tehdyssä koulun ensiluokkalaisten tuberkuliinitutkimuksissa noin yksi neljäsosa oli saanut tartunnan.⁵³¹ Tuberkuloosityötä tehtiin kouluissa ahkerasti. Hygienian ja monipuolisen ravinnon lisäksi vastustuskykyä parannettiin liikunnan avulla.

⁵³⁰ Härö 1992, 72–74; 136–141.

⁵³¹ Savonen 1937, 30; Tingvald-Hannikainen 1945, 463–502.

Vuodesta 1935 jaettiin kaikille kansakoulun päättävillä lapsille *Suomen poikien ja tyttöjen oma terveysopas*, jonka yhteenlaskettu painosmäärä vuosina 1935–40 oli 500 000 kpl.⁵³²

Tuberkuloosintorjunta on nähtävä taustalla useimmissa lasten terveydenhuoltoon liittyvissä uudistuksissa 1900-luvun alkupuoliskolla, olipa kyseessä kouluterveydenhuolto, neuvolalaitos tai kouluruokailu.⁵³³ Sotienvälisenä aikana tuberkuloosin ehkäisy pikkulapsilla koostui yleiskunnon vahvistamisesta, tuberkuloositartuntojen varhaisdiagnostiikasta ja ympäristön mahdollisten tartuntalähteiden löytämisestä.⁵³⁴

Tuberkuloosityötä leimasi tietty ristiriita. Yhtäältä oli pyrittävä välttämään tartuntaa, toisaalta ei katsottu mahdolliseksi hävittää ”tuberkkelibasilleja” kokonaan. Taudin hävittämistä ei pidetty varmuudella suotavanaan, sillä kun tuberkuloosi joskus palaisi kokonaan uutena tautina, ja kun se Severi Savosen sanoin ”tapaisi ihmissuvun, joka on aivan tottumaton tuberkelibasilliin ja sen myrkkyyhin”, syntyisi epidemia, joka aiheuttaisi suunnattomasti kuolemantapauksia. Torjuntatyön strategiaksi muodostui tartunnan myöhäistäminen, sillä alle neljävuotiaana saatu infektio johti usein vaikeisiin tautimuotoihin, jopa kuolemaan. Oli suotavaa, että tartunta saataisiin 5–15-vuotiaana, jolloin sairastumisriski oli pienimmillään ja kuolleisuus matalimmillaan. Murrosikä oli jälleen herkkää aikaa: tällöin tartunta johti usein vaikeisiin tautimuotoihin ja kuolemaan Sillanpään *Silja, nuorena nukkuneen* tapaan.⁵³⁵

Alle kouluikäisillä lapsilla tartuntalähde löytyi lähes aina kotipiiristä. Eri-tyisen suuressa vaarassa olivat avointa (bakteereja erittävää) keuhkotuberkuloosia sairastavien äitien lapset, jotka syntyessään olivat terveitä, mutta hyvin nopeasti saivat tartunnan äidiltään.⁵³⁶ Vastasyntyneitä lapsia oli aikaisemminkin sijoitettu lastenkoteihin Helsingissä. 1930-luvun lopulla alettiin perustaa STVY:n joulumerkkien myynnistä saaduilla tuloilla joulumerkkikodeiksi kutsuttuja lastenkoteja, jonne tartuttavaa tuberkuloosia sairastavien äitien lapset otettiin hoitoon heti vastasyntyneinä, jotta he eivät saisi äidiltä tartuntaa. Heitä pidettiin lastenkodissa noin kahden vuoden ikään saakka, jonka jälkeen lapset pääsivät palaamaan koteihinsa, mikäli perhe pystyi lapsesta huolehtimaan.⁵³⁷

Pienet lapset sairastuivat useimmin aivokalvontulehdukseen, yleistyneeseen eli miliäärituberkuloosiin, kaularauhas- ja luutuberkuloosiin. Ennen antibioottien kehittämistä tuberkuloosiparantoloiden tärkein hoitomenetelmä oli ”hallimakuu” eli raikkaassa ulkoilmassa lepääminen, monipuolinen

⁵³² Härö 1992, 152.

⁵³³ Harjula 2007, 33–34; Härö 1992, 114–118.

⁵³⁴ Härö 1992; Jauho 2007.

⁵³⁵ Savonen 1936, 213.

⁵³⁶ Tuberkuloosin uhkaamille lapsille oli monenlaisia hoitokoteja. Bakker 2009, 343–361; Norja Ryymin 2008, 347–364.

⁵³⁷ Kaiken kaikkiaan yli 5000 lasta hoidettiin joulumerkkikodeissa, joista ensimmäinen avattiin Tampereella vuonna 1936, seuraavaksi sodan jälkeen Ouluun 1945 ja Kuopioon hyvinkin myöhään vuonna 1954, jolloin tuberkuloosilääkkeet olivat jo yleisessä käytössä. Kuopion toiminta jatkui pisimpään, vuoteen 1973 saakka. Hakosalo 2015, 393–412; Tamminen 1982; Teramo 2003, 2337–2345.

ravinto sekä keuhkojen ”lepotilaan” asettaminen ilmarintahoidolla. Joskus tuberkuloosipesäkkeen poistolla keuhkosta tai vaikkapa munuaisesta saatettiin saada potilas paranemaan.⁵³⁸ Myös lapsille oli omia parantolapaikkoja. Risautautisten lasten parantolayhdistyksen ylläpitämässä Högsandin parantolassa nuorimmat hoidetut lapset olivat alle yksivuotiaita. Valtaosa pikku potilaista sairasti luutuberkuloosia, tavallisimmin selkärangassa, lonkassa tai polvinivelessä. Hoitoajat olivat pitkiä, yleensä yli kuusi kuukautta. Yleishoitoina käytettiin aurinkokylpyjä, uintia merivedessä sekä valohoitoa kvartsilampuilla. Selkärankatuberkuloosia sairastavat potilaat joutuivat makamaan kuukausiakin kipsikaukalossa, jotta selkärankaan ei tulisi vääristymiä.⁵³⁹

Lastenlääkäri Viljo Rantasalo julkaisi vuonna 1935 *Duodecim*-lehdessä artikkelin lastenneuvoloiden toimintamahdollisuuksista tuberkuloosin torjunnassa. Rantasalo kertoi tehneensä jo vuodesta 1927 alkaen Mannerheimliiton Lastenlinnan neuvolassa tuberkuliinikokeen kaikille puolen vuoden ikäisille lapsille. Näin saatiin selville tuberkuloosin varhaiset tartunnat ja sitä kautta päästiin myös tartuttajan jäljille. Aikuinen, usein oireeton tartuttaja saatettiin tietoiseksi taudistaan ja ohjattiin hoitoon. Paranemismahdollisuudet olivat hyvät, kun tauti oli vielä alkuvaiheessaan. Tuberkuliiniposiitiivinen lapsi saatettiin ottaa laitoshoitoon, mutta jos se ei ollut mahdollista, voitiin neuvontatyön kautta vähentää massiivista lisäinfektiota ja yrittää parantaa muutenkin lapsen perushoitoa paremman ravitsemuksen ja raittiin ulkoilman muodossa. Saavutettiin ”kaksinkertainen voitto” tuberkuloosityölle, joka oli omiaan ”lisäämään kansan uskoa niitten toimenpiteiden tarpeellisuuteen”, joihin positiivinen tuberkuliinireaktio oli johtanut.⁵⁴⁰ Lastenlinnan kokemusten rohkaisemana alettiin Mannerheim-liitossa 1930-luvulla kannustaa lastenneuvoloita tekemään tuberkuliinikokeita.⁵⁴¹ Tuberkuliinikoe oli selkeästi kajoava⁵⁴² lääketieteellinen toimenpide, jonka tekeminen vaati koulutusta ja asiantuntemusta. Näin tuberkuloosityö liitti lastenneuvolat osaksi laajempaa kansanterveystyötä.

1920-luvulla nousi vähitellen esiin mahdollisuus ehkäistä tuberkuloosia Ranskassa kehitetyllä elävällä heikennetyllä tuberkuloosibakteerilla eli BCG-rokotteella.⁵⁴³ Uusi suun kautta annettava rokote herätti tavattoman suurta innostusta, ja vuoteen 1928 mennessä oli Ranskassa rokotettu jo yli 100 000 lasta. Innostus vaimentui kuitenkin Lyypekissä vuonna 1930 tapahtuneen katastrofin seurauksena, kun 250 rokotetusta vastasyntyneestä 72 sai tuberkuloositartunnan ja kuoli. Myöhemmin selvisi, että rokote oli saastunut aktiivisella tuberkuloosibakteerilla huolimattoman käsittelyn seurauksena, mutta siitä huolimatta BCG-rokotus eli kalmetointi kiellettiin Saksassa. Poh-

⁵³⁸ Härö 1992, 88–92.

⁵³⁹ Savonen 1940, 197–204. Högsandin parantolan vk 1930, Ebr 3, LKHV, KA.

⁵⁴⁰ Rantasalo 1935, 147–159.

⁵⁴¹ Toimintakertomus 1933, Dc: 1, MLL, KA; Myös Maitopisaran neuvoloissa tehtiin tuberkuliinitutkimuksia 1930-luvulla. Da:1, Maitopisaran arkisto. HKA.

⁵⁴² kipua tuottava, pistettävä.

⁵⁴³ Bacillus Calmette-Guérin ranskalaisten kehittäjiensä mukaan, yleisesti puhutaan kalmetoinnista.

joismaissa tuberkuloosirokotukset kuitenkin yleistyivät nopeasti. Ruotsissa Göteborgin yliopiston lastentautien professori Arvid Wallgren kehitti uuden tekniikan, jossa rokote ruiskutettiin ihon sisään. Vuodesta 1927 lähtien rokotetta tarjottiin Göteborgissa kaikille tuberkuloottisiin koteihin syntyneille lapsille. Hyvien rokotustulosten seurauksena kalmetointi yleistyi Ruotsissa, ja vuodesta 1944 kaikille tuberkuliininegatiivisille koululaisille ja opettajille tarjottiin rokotusmahdollisuutta.⁵⁴⁴

Kiistely kalmetoinnista jatkui kansainvälisissä tuberkuloosikokouksissa läpi koko 1930-luvun. Savonen osallistui vuonna 1931 Oslossa pidettyyn tuberkuloosilääkäreiden kokoukseen, jossa BCG-rokotus oli tärkeimpiä aiheita. Herra Calmette oli henkilökohtaisesti esittelemässä rokotettaan, jota pelkätään Ranskassa oli annettu jo 250 000 annosta. Aihetta käsiteltiin useissa luennoissa, jotka olivat enimmäkseen rokotusta puoltavia. Kokous pidättäytyi kuitenkin esittämästä rokotusta puoltavaa julkilausumaa. Vastustajina esiintyivät Skandinavian maat, Saksa ja Yhdysvallat. Yleiseksi vaikutelmaksi Savosen mielestä jäi, että oli vielä liian aikaista arvioida rokotuksen mahdollisia hyötyjä ja haittoja.⁵⁴⁵ Useimpiin kokouksiin osallistuneelle Savoselle alkoi kuitenkin 1930-luvun puolivälissä olla selvää, että Suomessakin kannattaisi ryhtyä rokottamiseen Ruotsin esimerkin mukaisesti. STVY perusti vuonna 1939 työryhmän valmistelemaan massarokotusten aloittamista.⁵⁴⁶ Ensimmäiset rokotukset annettiin Joulumerkkikodeissa vuonna 1940, mutta varsinaiset joukkorokotukset aloitettiin vasta vuonna 1943. Rutiininomainen vastasyntyneiden kalmetointi käynnistyi 1940-luvun lopulla.

Kymmenen sääntöä riisitaudin vastustamiseksi

Tuberkuloosityön lisäksi lastenneuvoloissa ruvettiin kiinnittämään huomiota puutostauteihin ja niiden korjaamiseen, varsinkin kun lisääntyvä osa lastenneuvolan asiakkaista alkoi olla imeväisiän ohittaneita leikki-ikäisiä. Ravitsemustieteen kehittymisen myötä tietämys vitamiinien ja hivenaineiden merkityksestä lapsen kasvuun lisääntyi ja alkoi vaikuttaa neuvolassa annettaviin ravitsemusohjeisiin.

Tärkein ravitsemuksellinen puutostauti oli riisitauti, jonka syntymekanismi oli vielä 1920-luvulla epäselvä. Riisitauti oli aikaisemmin yleinen tauti alle kahden vuoden ikäisillä lapsilla. Osa vaikeaa riisitautia sairastavista lapsista kuoli pienenä, sillä heillä oli suuri herkkyys sairastua tulehdustauteihin ja taipumus kuumekouristuksiin. Eloon jääneille kehittyi usein vakavia luus-

⁵⁴⁴ Vaikka BCG-rokotukset yleistyivät toisen maailmansodan jälkeen, ei esimerkiksi Yhdysvalloissa BCG-rokotusta koskaan liitetty yleiseen rokotusohjelmaan. Bryder 1999.

⁵⁴⁵ Savonen 1931, 191–203. Samana vuonna Kööpenhaminassa pidetyssä lastenlääkärikokouksessa BCG-rokote oli pääroolissa. Hjalmar Söderström ehdotti rokotuskokeilua Suomessa tuberkuloottisten perheiden vastasyntyneille, jolloin lapset voitaisiin palauttaa perheilleen aikaisemmin. Tämä laskisi myös hoidon kustannuksia. Söderström 1931.

⁵⁴⁶ Härö 1992, 169; Savonen 1940; Savonen 1931; Savonen 1932. Suomessa ensimmäiset BCG-rokotuskokeilut teki jo vuonna 1928 yksityisellä synnytyslaitoksella lääkäri Elsa Ryti, joka oli hankkinut Calmettelta suun kautta annettavaa rokotetta. Salmenkallio: 1972, 3306–3308. Elsa Ryti, kts. Hakosalo 2012, 35–50.

ton ja raajojen vammoja, ja monet jäivät riisitaudin seurauksena tavallista lyhyemmiksi. Riisitautiset ”länkisääret” olivat aiemmin yleisiä. Suuri osa riisitaudin tapauksista oli kuitenkin lieviä ja itsestään paranevia. Tavallisesti tauti alkoi oireilla syksyllä ja parani keväällä auringonvalon lisääntyessä.⁵⁴⁷

Tiedettiin jo aikaisemmin, että valolla oli suotuista vaikutus riisitauteihin, ja että sitä oli jo vanhastaan hoidettu kalanmaksaöljyllä. Jopa Lönnrot suositteli auringonvaloa ja kalanmaksaöljyä taudin hoidoksi.⁵⁴⁸ Tiedettiin myös, että monipuolinen ravinto, tuoreet hedelmät ja vihannekset olivat terveydelle tärkeitä.⁵⁴⁹ Riisitaudin tarkka syntymekanismi selvisi kuitenkin vasta 1930-luvulla.⁵⁵⁰ Professori Ylppö esitti virkaanastujaisesitelmässään vuonna 1925, että riisitauti oli ”lauhkean ilmanalan tauti” ja taudin nimeksi sopisi suomen-tauti pikemmin kuin englannintauti, joksi sitä kutsuttiin yleisesti. Helsingin kansanlastentarhojen lapsilla kahdella kolmasosalla oli merkkejä riisitaudesta. Lastensuojelutyötä harjoitetuilla paikkakunnilla riisitauti oli tullut harvinaisemmaksi. Helsingin Lastenlinnan neuvolassa alle vuoden ikäisten ”työläislasten keskuudessa”, jotka yleensä olivat saaneet 3–6 kuukauden ajan yksinomaan rintaa sekä sitä paitsi ”muutenkin olleet lastenhuoltosisarten ja lääkärin jatkuvan silmälläpidon alaisina”, riisitauteja esiintyi vain noin kolmasosalla. Vaikka riisitauteja oli aikaisemmin pidetty köyhemmän väestön tautina, Suomessa vaikeimmat tautimuodot ilmenivät maaseudulla, jossa ne eivät olleet varallisuudesta riippuvia.⁵⁵¹

Mannerheim-liiton toiminnassa riisitaudin torjuminen alkoi vahvistua 1930-luvulla. Riisitauti mainitaan ensimmäisen kerran liiton toimintakertomuksessa vuonna 1927. Liitto aloitti vuonna 1931 kampanjan taudin vastustamiseksi painattamalla muun muassa seinätaulun *Kymmenen sääntöä riisitaudin vastustamiseksi*, jonka painosluku oli 200 000. Vuonna 1938 liittoon perustettiin suojaravinnevaliokunta, ja vuonna 1939 toimintamuotoihin lisättiin suojaravitsemuksen tärkeyden tehostaminen.⁵⁵² A- ja D- vitamiinia sisältävää kalanmaksaöljyä alettiin tarjota imeväisille 1930-luvun puolestavälistä lähes säännöllisesti. C-vitamiinin lisäämistä imeväisten ruokavalioon alettiin suosia jo muutaman viikon ikäisestä. D-vitamiinia sisältävillä *Vitol*-tipoilla saattoi korvata pahanmakuisen kalanmaksaöljyn.⁵⁵³ Neuvoloissa annetun valohoidon tarkoituksena oli ehkäistä riisitauteja ja lisätä vastustusky-

⁵⁴⁷ Forsius 2009. Verkkolähde.

⁵⁴⁸ Vuorinen 2002, 81

⁵⁴⁹ Vrt. miasma: puhtaus ja raikas ilma suojelivat infektioitaudeilta samoin kuin monipuolinen ravinto ja ulkoilu suojelivat puutostaudeilta.

⁵⁵⁰ Riisitaudin syyt ovat moninaiset. Nykykäsityksen mukaan riisitaudilla tarkoitetaan sairautta, jossa D-vitamiinin vaikutuksen puute johtaa veren kalsiumin ja fosfaatin alenemiseen, luuston pehmenemiseen ja lihaksiston heikkenemiseen. Riisitauti voi johtua D-vitamiinin puutteesta tai sen kyvyttömyydestä vaikuttaa elimistössä. Se voi myös aiheutua luustolle tärkeiden kivennäisaineiden kalsiumin tai fosfaatin puutoksesta. RIISITAUTI Tietoa potilaalle ja vanhemmille. Verkkolähde.

⁵⁵¹ Ylppö 1925.

⁵⁵² Toimintakertomus 1938. Dc: 1, MLL, KA. Lääketehtas Orion toi vuonna 1926 markkinoille riisitaudin hoitoon tarkoitettua *Rachitose*-ravintolisän: jauhemaista kalkki- ja fosforivalmisteen, joka ei kuitenkaan ollut kaupallinen menestys. Vuonna 1934 se otti tuotantoonsa *Vitol*-tipat, joka sisälsi sekä A- että D-vitamiinia. Tuote on edelleen markkinoilla. Parpola ja Joutsivuo 2017, 34, 37–40.

⁵⁵³ Ylppö 1939, 88, 209–212.

kyä tuberkuloosille. Asiantuntemusta vaativan ravitsemusopin merkitys neuvolatyössä korostui sotavuosina, jolloin puutostaudit yksipuolisen ruokavali-
on vuoksi lisääntyivät.

3.4 Yhteistyöhön Rockefeller-säätiön kanssa

Terveys- ja sosiaalisarens monipuoliset työtehtävät vaativat teoreettisen koulutuksen lisäksi myös käytännön harjoittelua, mihin tarkoitukseen perustettiin valtion terveydenhuolto-opiston alainen mallikenttä Helsingin maalaiskuntaan yhteistyössä Rockefeller-säätiön kanssa. Yhteys yhdysvaltalaiseen säätiöön oli vahvistunut 1930-luvulla. Niin sanottu *public health*-toiminta ja tutkimus olivat pisimmällä Yhdysvalloissa, jossa ne oli pitkälti luovutettu suurten filantrooppisten järjestöjen vastuulle. Näin myös Yhdysvalloissa yksityinen sektori saattoi osallistua kansanterveystyön kehittämiseen tarjoamalla eräänlaista amerikkalaista vaihtoehtoa sosialismille ja hyvinvointivaltiolle.⁵⁵⁴

Rockefeller-säätiö perustettiin vuonna 1913 parantamaan ihmiskunnan maailmanlaajuisia hyvinvointia. Säätiö edisti tieteellisellä filantropiallaan⁵⁵⁵ tutkimustyötä ja koulutusta kansanterveyden ja tarttuvien tautien parissa, muun muassa perustamalla vuonna 1918 Johns Hopkins-yliopiston yhteyteen maailman ensimmäisen kansanterveyden korkeakoulun (*school of public health*). Ensimmäisen maailmansodan jälkeen säätiö laajensi toimintaansa myös Eurooppaan, jossa se tuki terveydenhuoltoalan opinahjoja ja terveys-
sisarten koulutusta sekä jakoi matka-apurahoja jatko-opintojen harjoittamiseen Yhdysvalloissa.⁵⁵⁶ Säätiö ei ollut aluksi kiinnostunut yhteistyöstä Suomen kanssa vuoden 1918 Saksa-liittolaisuuden vuoksi, mutta tilanne muuttui 1920-luvun loppupuolella. Ensimmäisenä suomalaisena Rockefeller-stipendiaattina lähti matkaan vuonna 1929 sairaanhoitaja Venny Snellman, joka perehtyi Yhdysvalloista sairaanhoitajien koulutusohjelmiin. Toisena matkusti Tyyne Luoma, Valtion terveydenhuolto-oppilaitoksen johtaja.⁵⁵⁷

1930-luvun lopulla kypsyi vähitellen ajatus Rockefeller-säätiön tukemasta terveydenhuollon opetus- ja mallikentästä Malmille Helsingin maalaiskuntaan. Koska valtio vastasi sairaanhoitajien koulutuksesta Suomessa, oli myös lääkintöhallitus mukana perustamassa ja rahoittamassa keskusta, josta aiesopimus allekirjoitettiin kesäkuussa 1937. Osapuolina toiminnassa olivat Rockefeller-säätiö, Valtion sairaanhoito-oppilaitos, lääkintöhallitus ja Helsingin maalaiskunta. Suomen osapuolet perustivat suunnittelukomitean, jonka jäseninä olivat Severi Savonen, Venny Snellman, Arvo Ylppö ja Tyyne Luoma. Aiesopimuksen mukaan toiminnan piti alkaa tammikuussa 1940.

⁵⁵⁴ Yrjälä 2005, 75–76. Anne Yrjälä on väitöskirjassaan *Public health and Rockefeller wealth, Alliance strategies in the early formation of Finnish public health nursing* analysoinut Rockefeller-säätiön toimintaa ja merkitystä suomalaisen terveys- ja sosiaalisarens ammattikuvan muodostumisessa.

⁵⁵⁵ Sekulaarinen, rationaalinen ja tieteelliseen tutkimukseen perustuva filantropia edisti yhteiskunnallista kehitystä koulutuksen ja ammatillistumisen kautta. Yrjälä 2005, 9–12.

⁵⁵⁶ Yrjälä 2005, 7–17; kts. myös Tallberg 2000, 122–133; Rockefeller-säätiön kotisivut. Verkkolähde,

⁵⁵⁷ Yrjälä 2005, 218.

Rockefeller-säätiön oli tarkoitus tukea mallikenttää vuosina 1940–1944 mak-samalla aluksi 60 prosenttia kustannuksista ja laskemalla vähitellen osuut-taan, kunnes se vuonna 1944 olisi ollut 10 prosenttia. Säätiö kustansi kaiken kaikkiaan kahdeksan sairaanhoitajan ja kahden lääkärin, Severi Savosen ja Erkki Lepon kansanterveysalan jatkokoulutuksen Yhdysvalloissa 1930-luvulla.⁵⁵⁸ Savonen matkusti opintomatkalle kolmeksi kuukaudeksi vuonna 1938 tutustuaakseen kansanterveystyön organisointiin sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Hän perehtyi myös ehkäisevän terveydenhuollon ope-tukseen, maaseudun terveyskeskusten toimintaan ja terveyssisarten rooliin, jolloin hän vakuuttui keskitetyn terveyssisar-toiminnan tärkeydestä. Maaseu-dun terveydenhoitokomiteassa on nähtävissä vaikutteita Yhdysvaltain mat-kasta, etenkin terveyssisarten työnkuvan määrittelyssä.⁵⁵⁹

Sirpa Wreden mukaan Malmin opetuskenttä oli ensimmäinen projekti, jossa lääkintöhallitus sitoutui valtiolliseen kansanterveystyöhön.⁵⁶⁰ Toisaalta valtio oli sitoutunut jo epäsuorasti 1920-luvulta saakka valtionavustusten muodossa kansanterveystyöhön tukemalla rajaseudun terveydenhuoltoa, kouluterveydenhuoltoa ja tuberkuloosityötä. Terveyssisarten koulutus valti-ollistettiin vuonna 1931. Osallistuminen opetus- ja mallikentän rahoitukseen oli nähdäkseen luonnollinen jatkumo sosiaalivaltion kehityskaaressa, jossa valtion tehtävät määriteltiin uudelleen. Toiminnan käynnistyminen lykkään-tyi talvisodan vuoksi, mutta syksyllä 1940 keskus voitiin vihkiä käyttöön.

Lääkäri Erkki Leppo valittiin opetus- ja mallikentän täysipäiväiseksi joh-tajaksi. Hän on jäänyt Suomessa tuntemattomaksi, sillä hän muutti 1950-luvulla pysyvästi Yhdysvaltoihin. 1930-luvun lopulta 1950-luvun alkuun hän oli kuitenkin eräs näkyvimpiä kansanterveyden edistäjiä Suomessa. 1900-luvulla syntyneenä hän edusti jo Ylpön ja Severi Savosen jälkeistä ”seuraavaa sukupolvea”, joka oli kasvanut aikuiseksi itsenäisessä Suomessa.

Leppo valmistui lääkäriksi Helsingissä vuonna 1936 ja työskenteli sen jäl-keen Helsingin kaupungin kulkutautisairaalan apulaislääkärinä vuosina 1937–1938. Vaikka Leppo oli lääkärinä vielä varsin kokematon, hänet lähe-tettiin vuosiksi 1938 ja 1939 Rockefeller- stipendiaatiksi Yhdysvaltoihin. Siel-lä hän suoritti *Master of Public Health*-tutkinnon Johns Hopkinsin yliopis-tossa. Yhdysvalloista hän löysi myös puolisonsa, amerikansuomalaisen lää-käri Helmi (Pearl) Toivosen, joka seurasi häntä Suomeen vuonna 1939. Tul-lessaan takaisin Suomeen talvisodan kynnyksellä vuonna 1939 Leppo oli eri-tyisasemassa. Yhdysvalloissa ollessaan hän oli oppinut sujuvan englannin kielen taidon, solminut useita merkittäviä kontakteja erityisesti amerikan-suomalaiseen yhteisöön ja tutustunut kansanterveysalan uusimpaan tutki-mukseen, jota hän pystyi hyödyntämään sodan puhjettua Suomessa vuonna 1939.⁵⁶¹

⁵⁵⁸ Yrjälä 2005, 151–154.

⁵⁵⁹ Yrjälä 2005, 132; Wrede 2001, 132; Savonen 1939.

⁵⁶⁰ Wrede 2003, 75.

⁵⁶¹ Lepolla oli virka Helsingin maalaiskunnassa terveydenhuoltolääkärinä vuosina 1940–45, mutta suuren osan tästä ajasta hän työskenteli erikoistehtävissä lääkintöhallituksessa ja puolustusvoimissa. Erkki Leppo oli hyvin ahkera kirjoittaja ja kansanvalistaja työskennellen esimerkiksi *Terveydenhoito-*

Suomen tiedemaailman saksalaispainotus alkoi muutenkin lieventyä 1930-luvun lopulla, vaikka yhteydet Saksaan pysyivät vilkkaina jatkosodan liittolaisuussuhteen vuoksi aina vuoteen 1944 saakka. Aivan talvisodan kynnyksellä useita tutkijoita lähti Suomesta tutustumaan Yhdysvaltoihin uusiin tutkimusmenetelmiin, sillä anglosaksinen maailma oli alkanut tuottaa dynaamista tutkimusta esimerkiksi mikrobiologiassa ja virologiassa. Armeijan bakteriologi T. W. Wartiovaara lähetettiin keväällä 1939 puolustusvoimain stipendiaattina puoleksi vuodeksi tutustumaan bakteriologisten laboratorien toimintaan kriisiolosuhteissa, mikä osoittautui hyödylliseksi, kun sota-vuosina lähdettiin kehittämään armeijan bakteriologista tutkimustoimintaa ja rokotetuotantoa.⁵⁶² Fysiologian Nobel-palkinnon vuonna 1967 saanut Ragnar Granit vietti 1920–1930-luvulla useita vuosia Iso-Britannian ja Yhdysvaltojen tutkimuslaitoksissa.⁵⁶³ Ennen toista maailmansotaa solmitut yhteydet anglosaksiseen tiedemaailmaan osoittautuivat kullannarvoisiksi sodan loputtua yhteyksien katkettua Saksaan.

3.5 Alppiaurinkoa ja kiertokoreja

Imeväiskuolleisuuden lasku itsenäisyyden alkuvuosina Suomessa oli epätaisaista. Vuonna 1938, sodan kynnyksellä, se oli koko maassa 67.8 promillea. Kuolleisuutta heilutti pääasiassa lasten kulkutautien epidemianomainen esiintyminen. Maan sisällä vallitsi suuria eroja, sillä syrjäisissä maalaiskunnissa Itä- ja Pohjois-Suomessa imeväiskuolleisuus saattoi ylittää 100 promillea, kun taas rintamailla ja suuremmissa kaupungeissa luku oli alle 50 promillea.

Kuolleisuusvaihtelu johtui pitkälti elintasoeroista, mutta aikakauden käsitöksen mukaan ”valistuneisuus” ja ”sivistys” tai niiden puute olivat tärkeitä selittäviä tekijöitä. Korkean elintason alueilla koulutustaso oli korkeampi, terveydenhuolto kehittyneempää ja kansalaisjärjestötoiminta oli vilkasta. Lastenneuvoloita oli perustettu eniten kaupunkeihin ja teollisuustaaajamiin, joissa kansalaisjärjestöillä oli parhaat toimintaedellytykset.

Vaikka lastenneuvolat olivatkin pääosin kansalaisjärjestöjen ylläpitämiä, 1930-luvun lopulla alettiin kaupunkeihin vähitellen perustaa kunnallisia neuvoloita. Kaupungit, erityisesti Helsinki olivat jo pitkään kehittäneet las-

lehden toimittajana vuosina 1945–48. Toisen maailmansodan jälkeen hän vei sodan aikana kertynyttä asiantuntemustaan ulkomaille siirtymällä vuonna 1948 WHO:n äitiys- ja lastenhuoltoasiain asiantuntijakomitean palvelukseen. Hän muutti vuonna 1952 pysyvästi Yhdysvaltoihin ja erikoistui siellä lastenlääkäriksi. Yrjälä 2005, 132–133. *Suomen lääkärit* 1967; Erkki Leppo 60-vuotias. *Duodecim* 1969, 1434; Erkki Leppo obituary. Verkkolähde.

⁵⁶² Serobakteriologian dosentti K.-T. Packalén lähetettiin myös vuonna 1939 Yhdysvaltoihin saamaan koulutusta virusten viljelytekniikassa. Hän palasi takaisin Suomeen vasta talvisodan päätyttyä 1940 mukanaan virustutkimuksissa käytettyjä hamstereita ja muita koe-eläimiä. Hän perehtyi myös kannanmunissa tapahtuvaan virusviljelytekniikkaan, jota voitiin soveltaa vuonna 1942 pilkkukuumerotteen valmistuksessa. Härö 1990, 82. Sodanaikainen rokotetuotanto, kts. Laurent 2006, 48–49.

⁵⁶³ Ragnar Granit – Biographical. Verkkolähde; Vilén 2006, 346–405.

tensuojelutyötään pitemmälle kuin mitä lainsäädännössä edellytettiin.⁵⁶⁴ Itsenäisyyden jälkeen uuden kunnallislain myötä sosiaalidemokraatit tulivat mukaan kaupunginhallintoon, mikä helpotti kaupunkien sosiaalitoimen kehittämistä.⁵⁶⁵ Isoissa kaupungeissa, kuten Helsingissä, Tampereella ja Turussa, sosiaali- ja terveystoimi oli monipuolista ilman valtionapuakin. Tampereella kolme Maitopisaran asemaa siirtyi kaupungille jo vuonna 1922, kun Tampereen naisyhdistys oli inflaation johdosta menettänyt varansa eikä enää pystynyt ylläpitämään toimintaa.⁵⁶⁶ Turussa vuonna 1936 yli kolmasosa saman vuonna syntyneistä oli neuvonta-aseman kirjoissa, ja vuonna 1939 lastenneuvolat siirtyivät kaupungille.⁵⁶⁷

Helsingillä vahvat perinteet lastensuojelussa

Helsingillä oli vanhat perinteet naisjärjestöjen harjoittamassa lastensuojelussa, josta lasten terveysneuvonta eriytyi vuonna 1904 Maitopisaran aloittaessa toimintansa. Lastenneuvoloiden toimintaa Helsingissä ennen toista maailmansotaa on tarkasteltu Maiju Riiholan pro gradu-tutkimuksessa.⁵⁶⁸ Kaupungissa oli sosiaali- ja terveystieteisiin perehtyneitä korkeasti koulutettuja henkilöitä, jotka osallistuivat sekä järjestötoimintaan että kunnallispolitiikkaan.⁵⁶⁹ Arvo Ylppö esimerkiksi oli lastensuojelulautakunnan jäsen 40 vuoden ajan. Lastensuojelu yhdisti poliitikkoja yli puoluerajojen: Ylppö teki yhteistyötä sosiaalidemokraattien kanssa, joka oli suurin puolue ryhmä kaupunginvaltuustossa vuodesta 1930 lähtien.⁵⁷⁰ Periaatteessa terveysneuvonta oli vapaaehtoista, mutta kaupungin holhouksessa olevat, eli aviottomat ja kasvattilapset olivat kaupungin valvonnassa.⁵⁷¹ Varakkaampi väestönosa turvautui kaupungin yksityislääkäreihin ja palkkasi Lastenlinnassa koulutettuja hoitajia. Ylppön lastenhoidon oppaat kuuluivat lukeneiston käsissä.

Maitopisarassakin (kuva 5) olivat toimintamuodot vähitellen muuttuneet elintason kohoamisen myötä. Äideillä oli enemmän aikaa sylilapsilleen, ja siksi yhdistys siirtyi opastamaan äitejä valmistamaan itse maitoseokset ”asiantuntevien ja tieteellisesti koulutettujen henkilöiden määräysten mukaisesti”. Lapset oli määräjain tuotava tarkastukseen lääkärin vastaanotoille, ja tämä menettely oli saanut osakseen ”suurta ymmärtämystä äitien taholta”.⁵⁷² Maitopisaralla oli 1930-luvun alussa viisi lastenneuvolaa. Vuodesta 1932 alkaen otettiin neuvolatyön piiriin myös leikki-ikäiset, mutta heidän osuutensa oli vielä varsin pieni: vuonna 1939 alle 2-vuotiaita lapsia oli kirjoilla 1500 ja

⁵⁶⁴ Pulma 1987, 171.

⁵⁶⁵ Käsitettä *municipal socialism* on käytetty kuvaamaan paikallisia sosialistien ajamia uudistuksia. Esimerkiksi Wienissä toimenpantiin 1920- ja 1930-luvulla sosiaalidemokraattien enemmistövoiman avulla uudistuksia asumistuotannossa ja äitiys- ja lastenhuollossa. Rodgers 1998, 384–385.

⁵⁶⁶ Jutikkala 1979, 574.

⁵⁶⁷ Kaukinen 1946, 756–762; Uusitalo 1982, 188–189.

⁵⁶⁸ Riihola 2010.

⁵⁶⁹ Pulma 1987, 90–9.

⁵⁷⁰ Korppi-Tommola 2016, 35, 90, 110–111; *Kunnallisvaalit Helsingissä vuonna 2008*. Verkkolähde.

⁵⁷¹ Riihola 2010, 74, 82–94.

⁵⁷² *Maitopisarayhdistys r.y. 1904–1929. Lyhyt yleiskatsaus 25-vuotiseen toimintakauteen*. Hki 1930.

2–7-vuotiaita lapsia noin 500. Vuosikymmenen loppupuolella toimintaan liitettiin vielä äitiyshuolto.⁵⁷³



Kuva 5 Maitopisaran neuvola vuonna 1932. Kaikki toiminta samassa huoneessa. *Kuva Helsingin kaupunginmuseo*

Vuonna 1931 kaupunki teki periaatepäätöksen lastenneuvoloiden kunnallistamisesta, mutta taloudellinen lama mahdollisti vain yhden neuvolan avaamisen Tehtaankadun lastensairaalan yhteyteen. Siellä annettiin opetusta sairaanhoito-oppilaille ja lääketieteen kandidaateille. Uusia lastenneuvoloita kuitenkin avattiin vähitellen, ja 1930-lopussa kaupungissa niitä oli yhteensä yhdeksän, jolloin valtaosa kaupungin alle 2-vuotiaista oli lastenneuvoloiden seurannassa.⁵⁷⁴ Neuvonnan lisäksi lainattiin vauvanhoitotarvikkeita, jaettiin pieniä raha-avustuksia, pidettiin luentotilaisuuksia lastenhoidosta ja ylläpidettiin ompeluseuroja, joiden tarkoituksena oli luonnollisesti lisätä neuvontatoimen houkuttelevuutta. Myös valohoito alppiaurinkolampun alla riisitaudin ja tuberkuloosin ehkäisemiseksi oli suosittua.⁵⁷⁵

Helsingissä lastenneuvoloiden lääkärit olivat poikkeuksellisesti lastentautien erikoislääkäreitä, mikä selittyy lastenlääkäreiden lukuisuudella, mutta myös sillä, että sekä Lastenlinnan että Tehtaankadun lastensairaaloiden yhteydessä sijaitsevia neuvoloita käytettiin lääkärien ja sairaanhoitajien opetukseen. Ennen Helsingin pitäjän opetuskentän valmistumista myös terveys-sisaroppilaat kävivät harjoittelemassa kaupungin lastenneuvoloissa. Lastensuojelulautakunnan alaisuudessa toimivien neuvoloiden vuosikertomuksista selviää, että tuberkuliinitestit alkoivat yleistyä vuodesta 1935 lähtien, jolloin

⁵⁷³ Maitopisarayhdistys 1905–1955; Da: 1 Vk v. 1939, Maitopisaran arkisto, HKA

⁵⁷⁴ Halila 1977, 187–188.

⁵⁷⁵ Riihola 2010, 78–90.

Toukolan neuvolassa oli tehty 25 pirquet-koetta.⁵⁷⁶ Talvisodan kynnyksellä lastenneuvolajärjestelmä oli Helsingissä kattava ja toiminnat monipuolisia, mikä Suomessa oli poikkeuksellista.

Folkhälsan aktiivinen Pohjanmaalla

Suomen ruotsinkielissä kunnissa Folkhälsan toimi aktiivisesti yhdistämällä kunnallista ja järjestöllistä terveydenhuoltoa. Kunnan terveysammattilaiset olivat järjestön jäseniä eikä aina ollut selvää, milloin he toimivat järjestön jäseninä, milloin kunnan virkamiehinä. Nimensä mukaisesti Folkhälsan oli koko ruotsinkielisen väestönosan oma kansanterveysjärjestö, jolloin lastenhoidonneuvonta oli vain yksi, toki tärkeä osa järjestön paikallisosastojen toimintaa. Närpiössä Folkhälsanin paikallisosaston puheenjohtajana oli aina kunnanlääkäri, jolla oli kaksoisrooli kansalaisjärjestöaktiivina ja kunnan virkamiehenä. Paikallisosasto harjoitti pääasiallisesti ehkäisevää terveydenhuoltoa. Vuonna 1921 vastaperustettuun osastoon valittiin johtokunnan puheenjohtajaksi kunnanlääkäri Charles Rasmussen, joka pysyi toimessaan 15 vuotta. Paikallisjärjestön johdossa oli kunnan eliitti, sillä muita jäseniä johtokunnassa olivat rovasti, kaksi pankinjohtajaa, kansanedustaja ja kaksi naispuolista opettajaa. Osasto järjesti äitikipailuja ja hyvin suosittuja lastenhoitokursseja, joissa osanottajamäärä saattoi nousta jopa sataan.⁵⁷⁷

Jäsenmäärä oli korkeimmillaan 1920-luvun alussa, jolloin se nousi toiselle sadalle. Alkuinnostuksen jälkeen toiminta kuitenkin hiipui, minkä selitettiin johtuvan terveydenhoitohenkilökunnan puutteesta. Osaston historiikin mukaan puheenjohtaja Rasmussen pystyi kuitenkin kunnanlääkärintyössään toteuttamaan kansanterveysaatetta. Vuonna 1931 kuntaan palkattiin kaksi tuberkuloosihoitajaa, joiden toimet muutettiin vuonna 1934 terveyssisarviroiksi. Heidän pääasiallinen tehtävänsä oli työskennellä koulu- ja tuberkuloosihoitajina. Kouluhammaslääkäri saatiin vuonna 1936, ja samana vuonna monissa kouluissa aloitettiin koulukeittolatoiminta. Vuonna 1938 osasto pirstyi, kun puheenjohtajaksi tuli kunnanlääkäri Karl Miemois, joka oli aikaisemmin toiminut aktiivisesti Kalajoen Mannerheim-liiton paikallisosastossa. Syksyllä 1939 aloitti ilmainen äitiysneuvola kunnanlääkärin vastaanottotiloissa kerran kuukaudessa.⁵⁷⁸ Närpiössä imeväiskuolleisuus oli keskimääräistä matalampi: vuonna 1938 64 promillea ja vuonna 1939 ennätyksellisen alhainen 28 promillea.⁵⁷⁹ Talvisodan kynnyksellä Närpiön kansanterveystyö oli Folkhälsanin ja kunnan yhteistyöllä saatettu jo varsin hyvälle alulle.

⁵⁷⁶ Kertomus Helsingin kaupungin kunnallishallinnosta 1935–1939. XIII lastensuojelulautakunta.

⁵⁷⁷ Miemois 1971.

⁵⁷⁸ Miemois 1971.

⁵⁷⁹ Närpiön kl vk 1938 ja 1939. Ebb18–19, LKHV, KA.

Lastenhoidon neuvontaa rajaseudulla

Kaupungeissa filantrooppinen toiminta täydensi puutteellisia kunnallisia palveluita, mutta maaseudulla järjestöt kärsivät henkilöpulasta, sillä keskiluokkaisia naisia oli maaseudulla niukasti. Kaupunkien rajaseutuyhdistykset tosin harjoittivat 1930-luvun puolivälin jälkeen perinteistä hyväntekeväisyyttä toimittamalla vähäväkiselle apua enimmäkseen vaatepakettien muodossa. Talvisodan jälkeen rajaseutuyhdistykset siirtyivät tukemaan terveystalojen rakentamista.⁵⁸⁰

Monet maaseudun kunnat olivat köyhiä eivätkä olleet valmiit panostamaan ehkäisevään terveydenhuoltoon, kun ei lakikaan siihen velvoittanut. 1920-luvulla alkanut suotuista kehitys pysähtyi useilla paikkakunnilla 1930-luvun alun lamaan kunnan kassojen tyhjennyttyä. Lisäksi syrjäseuduille oli vaikeuksia saada vakituksia kunnanlääkäreitä. Terveyskeskusten työtaakka oli valtava. Kunnollisia asuntojakaan ei ollut, minkä vuoksi terveyskeskukset haakeutuivat rintamaille helpompiin tehtäviin. Hyvänä esimerkkinä lasten terveysneuvonnan kohtaamista vaikeuksista 1930-luvun rajaseuduilla toimii Mannerheim-liiton Impilahden osaston toiminta Salmin piirilääkäripiirissä. Piiri kuuluu toisen maailmansodan jälkeen luovutettuun Karjalaan ja on nykyään osa Venäjää.

Salmin piirilääkäripiiriin Laatokan Karjalassa kuuluivat Salmi, Korpiselkä, Impilahti, Suistamo ja Suojärvi, joiden väestöstä noin kaksi kolmasosaa oli ortodokseja. Suurin ortodoksiosuus, noin 85 prosenttia, oli Salmissa. Itsenäistyminen oli katkaissut jo ennestään köyhän alueen luonnolliset kauppareitit Petroskoihin ja Laatokan kautta Pietariin. Monet kunnat oli asetettu valtion erityiseen valvontaan taloudellisten ongelmien vuoksi, eivätkä piirilääkärit alueen syrjäisyyden vuoksi tahtoneet pysyä viroissaan. Piirilääkärien vuosikertomuksista vuosien 1929 ja 1938 välillä ilmenee kuitenkin, että alue kehittyi sekä taloudellisesti että sosiaalisesti.⁵⁸¹ 1920-luvulla saatiin rautatieyhteys Suojärvelle, joka Suomen itsenäistymisen aikoihin oli vaatimaton maatalouspitäjä. Rautatien tulo vuonna 1922 muutti tilanteen täysin. Suomen "Klondykeen" tulvi väkeä lännestä: puu alkoi käydä kaupaksi ja sahoja perustettiin eri puolille pitäjää. Vuonna 1939 teollisuustyöväen osuus väestöstä oli peräti 47,3 prosenttia. Metsätyömiesten määrä nousi tuhansiin. Salmin Uuksuun saatiin rautatie vuonna 1932.⁵⁸²

Laatokan Karjalassa järjestötoiminta oli sotienvälisenä aikana aktiivista. Erilaiset neuvontajärjestöt saivat toimintaansa valtion tukea rajaseututoimintaa varten. Martat ja Maatalousnaiset kotitalousneuvonnan ja Mannerheim-liitto terveyskeskustoiminnan avulla pyrkivät edistämään kotitalouksien hygieniää, monipuolisempaa ravitsemusta ja nykyaikaista lastenhoitoa. Elin-tason ja koulutustason nousun, koululaitoksen ja neuvontatyön ansiosta Salmin koko piirin imeväiskuolleisuus laski vähitellen 1930-luvulla 122:sta

⁵⁸⁰ Vainio 1958, 14–39.

⁵⁸¹ Salmin pl vk 1929–1938. Eba: 1–11, LKHV, KA; MLL – Impilahti, KA.

⁵⁸² Hämynen 1993, 411–415, 446–459; Luovutettu Karjala. Verkkolähde.

83 promilleen vuonna 1938.⁵⁸³ Lääkärikunta koki kuitenkin rajaseudun ”alkuperäiseksi” ja kehittymättömäksi. Vuonna 1932 piirilääkäri valitti, kuinka ”sivistystason alkuperäisyys ja taikausko vaikeuttavat tuntuvasti terveydenhoitoja”. Piirilääkäri Vuonamon mukaan vuonna 1938 kehityksestä huolimatta väestö oli vähävaraista ja asunnot enimmäkseen ”puutteellisia, ahtaita ja hyvin yleisesti epäsiistejä”, minkä hän arveli olevan syynä hyvin yleisesti esiintyvään lasten riisi- ja risatautiin. Trakooma⁵⁸⁴ osoitti kuitenkin vähene-
misen merkkejä. Lasten terveydentilasta on niukasti merkintöjä, mikä johtu-
nee siitä, että se ei suoranaisesti ollut piirilääkärin vastuulla. Lasten terveys-
neuvonta oli yleensä ”ulkoistettu” Mannerheim-liitolle.⁵⁸⁵

Kunnilla ei ollut varaa eikä usein halujakaan ottaa palvelukseen terveydenhuoltohenkilökuntaa, ja monet hoitajat oli palkattu eri järjestöjen toimesta. Kunnat saivat valtionapua kiertävistä hoitajista sekä koulu- ja tuberkuloosihoitajista. Vuodesta 1924 lähtien erityisillä rajaseutumäärärahoilla alueelle oli palkattu Mannerheim-liiton terveyssisaria. Myös STVY ja diakonaattiyhdistykset palkkasivat osan sairaanhoitajista ja diakonissoista. Palkka maksettiin osittain rahana ja osittain luontaisetuina, kuten asuntona ja polttopuina.⁵⁸⁶ Maaseudun terveydenhoitokomitea oli puuttumassa työtehtävien, rahoituksen ja palkkauksen sekavaan ja sirpaleiseen järjestelyyn. Siirryttäessä kunnalliseen keskitettyyn terveyssisarjärjestelmään olisi mahdollista toteuttaa samapalkkaisuus ja terveyssisar voisi vakituudessa virassaan kansanterveyden yleisasantuntijana huolehtia kaikista terveydenhoidollisista tehtävistä. Lainmuutos edellyttäisi myös kunnilta kokonaisvaltaisempaa otetta ja valtiolta kuntien tiukempaa ohjausta ja valvontaa.

Impilahden kunnan 14 000 asukkaasta runsaat puolet kuului luterilaiseen, vajaa puolet ortodoksiseen kirkkoon. Tärkein elinkeino oli maa- ja metsätalous. Teollisuus, erityisesti Pitkärannan saha ja selluloosatehdas työllistivät myös hyvin.⁵⁸⁷ Impilahdella oli Itä-Karjalan kansanopisto ja Pitkärannassa yksityinen viisiluokkainen keskikoulu. Kunnassa oli oma kunnanlääkäri ja Pitkärannassa lisäksi tehtaanlääkäri.⁵⁸⁸ Kaksi Mannerheim-liiton osastoa oli toiminnassa: Impilahden osasto kirkonkylällä ja Pitkärannan osasto Pitkärannan teollisuustaa-
jamassa.

Impilahden Mannerheim-liiton osasto perustettiin vuonna 1927. Perustamisvuonna jäseniksi ilmoittautui 39 henkilöä sekä 22 rouvan tai neidin lisäksi muiden muassa seitsemän opettajaa, apteekkari, nimismies, kauppias, tuomari, johtaja ja lääkäri. Tämä oli melko tyyppillinen ammattikirjo.⁵⁸⁹ Käytettävissä on pöytäkirjamerkinnät maaliskuusta 1930 alkaen, joista ilmenee, että osasto oli aiemmin palkannut yhdessä kunnan kanssa terveyssisaren⁵⁹⁰,

⁵⁸³ Ollila 1993, 249–276; Hämynen 1993, 204–215.

⁵⁸⁴ Klamydian aiheuttama silmäsairaus, joka yleensä liitetään heikkoihin hygieenisiin olosuhteisiin.

⁵⁸⁵ Salmin pl vk 1931 ja 1938. Eba: 3 ja 9, LKHV, KA.

⁵⁸⁶ Salmin pl vk 1929–1939. Eba: 1–11, LKHV, KA.

⁵⁸⁷ Luovutettu Karjala. Impilahti. Verkkolähde.

⁵⁸⁸ Salmin pl vk 1935, Eba: 7, LKHV, KA.

⁵⁸⁹ MLL – Impilahti, KA; Korppi-Tommola 1990, 83–88.

⁵⁹⁰ Palkkaukseen oli saatu avustus liiton Queen Maryn rahastosta.

joka toimi myös kunnan koulu- ja tuberkuloosihoitajana. Osasto maksoi terveyssisaren palkan alkuvuodelta ja kunta loppuvuodelta. Puheenjohtajana toimi pastorinrouva Impi Salomaa, jonka puheenjohtajuus jatkui aina osaston lopulliseen lakkauttamiseen vuoteen 1963 saakka.⁵⁹¹ Vuonna 1930 osasto varasi 2500 mk kiertokoritoiminnalle. Siinä köyhille perheille lainattiin vauvanvaatteita, jotka tuli palauttaa pestyinä ja parsittuina. Katsottiin, että lainaaminen oli kasvattavampaa kuin lahjoittaminen. Vauvanhoitokursseja varten oli ostettu opetusnukke.

Samana vuonna aloitettiin myös terveyssisar Aino Lehtisen ehdotuksesta pikkulastenhoidon neuvonta, jota pidettiin Wegeliuksen huvilan keittiössä ja ruokasalissa kerran kuukaudessa kaksi tuntia kerrallaan kunnanlääkäri Westin suostuessa lääkäriksi ilman palkkiota. Osasto hankki neuvola varten lapsivaa'an, pesutelineen, vadin, pyyheliinoja ja terveyskortteja, joiden kustannukset olivat yhteensä 500 mk. Tammikuussa 1931 terveyssisar sanoutui kuitenkin irti työstään ilmoittaen syyksi liian suuren työtaakan. Piirilääkäri Vuonamon aloitteesta yritettiin saada toinen terveyssisar suureen piiriin siinä kuitenkin onnistumatta, vaikka valtio olisi maksanut kaksi kolmasosaa terveyssisaren palkasta. Joulukuussa 1931 Impilahden kunnanvaltuusto käsittelee jopa koulu- ja tuberkuloosihoitajan viran lakkauttamista, ilmeisesti taloudellisen laman vuoksi. Viran lakkauttaminen ei onnistunut, mutta kuitenkin hoitajan palkkaa alennettiin.

Vuonna 1932 neuvontatyössä terveyssisarten vastuuta laajennettiin: kerran kuukaudessa lääkäri ja terveyssisar pitivät aluksi yhdessä vastaanottoa kaksi tuntia alle kaksivuotiaille lapsille, ja tämän jälkeen terveyssisar antoi itsenäisesti neuvoja yli kaksivuotiaiden lasten hoidosta. Vuonna 1933 osastoa kehoitettiin aloittamaan tuberkuliinitarkastusten teko lasten neuvontasemalla. Toimintakertomuksesta ei kuitenkaan ilmennyt, toteutettiinko tarkastuksia, sillä osasto oli pöytäkirjamerkintöjen perusteella lähes lamassa vuosina 1933–1936: vuonna 1933 johtokunta piti vain yhden kokouksen.⁵⁹² Sama ilmiö oli havaittavissa muissakin paikallisosastoissa.⁵⁹³

Toiminta piristyi selvästi vuodesta 1937 alkaen. Kesäkuussa Mannerheimliiton pääsihteeri Mandelin kävi osaston kokouksessa selostamassa liiton painopisteitä, jotka ovat äitiysneuvonta, maatalouskerhotyö sekä uinti ja urheilu. Saman vuoden marraskuussa pidetyssä ”ohjelmallisessa tilaisuudessa” Viipurin tarkastava terveyssisar neiti Fagerström selosti terveyssisaren toimien järjestämistä kunnalliseksi. On merkittävää, että alettiin valmistella työn kunnallistamista, vaikkei lakiehdotustakaan asiasta ollut vielä esitetty. Ilmeisesti uuden lain tuloa pidettiin niin varmana, että sen käytännön sovelluksia kentällä voitiin jo valmistella.

Mannerheimliiton vuoden 1938 vuosikertomuksessa todettiin, että mielenkiinto lastensuojelua ja kansanterveyden kohottamista kohtaan oli

⁵⁹¹ Johtokunnan jäseniä olivat vuonna 1937 pastorinrouvan lisäksi kruunuvouti E. Orkamo, kunnanlääkäri A. Vuonamo, postivirkailija Aili Poutiainen ja opettajat M. Pajarinen ja Anna Penttinen.

⁵⁹² MLL – Impilahti, KA.

⁵⁹³ Vk 1934, Dc:1, MLL, KA.

”jatkuvasti ja nopeasti” kasvanut.⁵⁹⁴ Niinpä Impilahden kansanopistolla yhdessä Marttayhdistyksen kanssa järjestettiin toukokuussa 1938 kunnalliset terveyspäivät. Paikalle kutsuttiin Viipurin läänin maaherra Manner ja tuberkuloosipiirin lääkäri tohtori Karppinen Sortavalasta. Terveyspäivien ohjelma oli seuraavanlainen:

Klo 10

Jumalanpalvelus, saarnaa pastori Korpijaakko

Klo 12–15

Näyttelyt ja selostukset (pikkulasten hoitonäyttely, tuberkuloosinäyttely, Marttojen juomänäyttely)

Klo 15–17

Luento kotitalouden alalta, konsulentti Sirkka Mäkelä

Luento: mistä pikkulapsen parku johtuu, terveystietä Annika Fagerström

Klo 17–18.30

Päivällistauko

Klo 19

Iltajuhla, jossa puhuu maaherra Arvo Manner

Esitelmä: tri J.A. Karppinen, aiheena kunnallinen terveydenhuolto

Lopuksi maammelaulu, välillä kuorolaulua.

Sisäänpääsy vapaa.

Juhla edustaa aikakaudelleen tyypillistä valkoisen Suomen tilaisuutta, jota järjestämässä olivat paikkakunnan kansalaisaktivit. Maaseudulla Marttayhdistyksen ja Mannerheim-liiton yhteistyö oli hedelmällistä: olihan kumminkin järjestön toiminnan painopiste kotien ja perheiden hyvinvoinnin ja terveyden kohottamisessa. Maaherra lisäsi läsnäolollaan tilaisuuden arvovaltaa ja edusti samalla valtiota. Kirkon osallistuminen nosti tilaisuuden arvokkuutta ja soveliaisuutta. Kunnallinen terveydenhuolto oli vuosikymmenen lopulla ohjelmasta päätellen selkeästi lähtökuopissaan. Vuonna 1938 oli kulunut 20 vuotta sisällissodasta, ja suunnitteilla oleva neuvolatoimen siirtäminen julkisen sektorin eli valtion ja kunnan ylläpitämäksi voitiin nähdä keinona poliittisten vastakohtaisuuksien ylittämiseksi.⁵⁹⁵

Vastaavat kokoukset olivat myös muualla suosittuja, sillä esimerkiksi huhtikuussa vuonna 1939 pidettiin Hämeen läänin maakunnalliset terveyspäivät.⁵⁹⁶ Mannerheim-liitto oli järjestänyt maakuntakokouksia jo vuodesta 1933 tavoitteenaan aikaansaada ”yhä kiinteämpää yhteistoimintaa” liiton johdon ja paikallisten lastensuojelua, kansanterveyttä ja nuorisohuoltoa edistävien elinten välillä.⁵⁹⁷

Vuonna 1939 Impilahden osaston jäsenmäärä kasvoi 75:een alkuperäisestä 39:stä. Tärkein toimintamuoto vuosina 1930–1939 oli terveystietä palk-

⁵⁹⁴ Vk 1938, Dc:1, MLL, KA.

⁵⁹⁵ Harjula 2015, 133.

⁵⁹⁶ Lehtileike Ua: 18, MLL, KA.

⁵⁹⁷ Vk 1933, Dc:1, MLL, KA.; Rosén 2002, 303.

kaaminen kuntaan ja neuvonta-aseman varustaminen. Terveysissaren palkka maksettiin valtionavusta, kunnanavustuksesta sekä Mannerheim-liiton Queen Maryn rahastosta. Muuten toiminta oli varsin vaatimatonta: ompeluseuratoimintaa kiertokorien varustamiseksi, rahankeruuta vappukukkien ja lahja-adressien myynnillä sekä valistustyötä esitelmien muodossa. Lastensuojelutyötä ja terveysvalistusta tehtiin toki muuallakin kuin osastossa. Terveysissar kiersi tuberkuloosipotilaiden kodeissa, joissa hänen toimenkuvansa kuului perheiden opastaminen hygieniassa ja terveellisissä elämäntavoissa. Kouluissa hän suoritti terveysvalistusta ja teki tuberkuloositestejä. Raja-Karjalassa uusi kunnallinen terveydenhuolto toisi suuria parannuksia palveluihin. Yllättäen tilanne korjaantuikin huomattavasti toisen maailmansodan aikana.⁵⁹⁸

Taulukko 6. Lastenneuvolat vuonna 1939.

Mannerheim-liitto	75
Folkhälsan	33
Kunnat	36
Tehtaat	9
Muut yksityiset järjestöt	8
Yhteensä	161

Lähde: Siivola 1985, 64.

Vuonna 1939 Suomessa oli 161 lastenneuvolaa taulukon 6 mukaisesti. Monilla paikkakunnilla järjestettiin usein vapaaehtoisvoimin enemmän tai vähemmän säännöllisesti lasten terveysneuvontaa, joka Impilahden tavoin luultavimmin puuttuu tästä luettelosta.⁵⁹⁹

Kaupungeissa lastenneuvolat olivat vähitellen normalisoituneet osaksi arkea. Terveysissarten ammattiryhmä oli vakiintunut ja heidän asiantuntijuutensa arvostettua. Maaseudulla sen sijaan neuvontatyö oli filantropian varassa ja satunnaista. Poikkeuksena olivat ruotsinkieliset alueet, joilla Folkhälsan toimi aktiivisesti puolivirallisena koko kansan järjestönä. Sekä kansallisten että kansainvälisten kokemusten perusteella oli selvää, että lastenneuvolat olivat yksinkertainen ja kustannustehokas tapa vähentää imeväiskuolleisuutta ja parantaa pitkällä tähtäimellä väestön terveydentilaa.

Talvisodan kynnyksellä oltiin jo valmiusasemissa kunnallisen lasten terveysneuvonnan suhteen. Äitiyshuolto oli periaatteellisesti lakisääteisesti turvattu, mutta käytäntö oli vielä horjuvaa. Pehkosen komitean ehdotukset kunnallisten terveysissarvirkojen ja valtion tukemien kunnallisten äitiys- ja lastenneuvoloiden perustamisesta myös maaseudulle tuntuivat siksi luontevilta. Syksyllä 1939 syttyneen talvisodan vuoksi ehdotuksia ei ehditty viedä eduskuntakäsittelyyn eikä niiden poliittista kannatusta testata.

⁵⁹⁸ Kts. luku 6 Sortavalan piirilääkäripiirin toiminnasta jatkosodan aikana.

⁵⁹⁹ Kom.m. 1939:9, 48.

SOTAVUODET MURROKSENA. 1939–1944.

Marraskuussa 1939 Neuvostoliiton hyökkäys Suomen käynnisti talvisodan ja samalla yli viisi vuotta kestäneen sotakauden. Talvisota päättyi häviöön maaliskuussa 1940. Rauhanehtojen mukaan Neuvostoliitolle luovutettiin noin 11 prosenttia Suomen pinta-alasta: Karjalan kannas mukaan luettuna Viipurin kaupunki, Laatokan Karjala sekä Kuusamon ja Sallan itäosat. Hankoniemä oli vuokrattava Neuvostoliitolle 30 vuodeksi. Luovutetuilla alueilla asuva yli 400 000 henkilöä käsittävä väestö evakuoitiin ja asutettiin pääosin Länsi-Suomeen. Väestön elintarvikehuolto vaikeutui huomattavasti, sillä välirauhan aikana alueluovutusten, lannoitteiden tuonnin loppumisen ja huonojen sääolojen vuoksi leipäviljan omavaraisuusaste oli enää vain noin 60–65 prosenttia sotaa edeltävästä tasosta⁶⁰⁰

Hieman yli vuoden kestäneet välirauhan jälkeen sotatoimet alkoivat uudelleen kesäkuussa 1941, tällä kertaa Suomi hyökkäsi Neuvostoliittoon Saksan rinnalla. Lyhyen hyökkäysvaiheen jälkeen luovutetut alueet vallattiin takaisin ja rintamalinja siirtyi Itä-Karjalaan, jota Suomi miehitti koko jatkosodaksi nimetyn kolmen vuoden ajan. Elokuussa 1941 alkaneessa paluumuutossa palautettuun Karjalaan siirtyi kaksi kolmasosaa alueen entisistä asukkaista. Yli kolme vuotta kestänyt suhteellisen rauhan aika rikkoutui kesäkuussa 1944 Neuvostoliiton suurhyökkäykseen, jonka seurauksena Suomen valtakunnanraja palautui aseposopimuksessa syyskuussa 1944 jälleen Moskovan rauhansopimuksen rajalle. Toinen maailmansota loppui eteläisen Suomen osalta, mutta Lapissa sota saksalaisia vastaan johti väestön evakointiin Pohjanmaalle ja Ruotsiin. Viimeiset saksalaiset joukot poistuivat maasta vasta huhtikuussa 1945.⁶⁰¹ Vuosina 1939–45 sotatoimissa kuoli noin 95 000 sotilasta ja 2000 siviiliä.⁶⁰² Siviilien osuus oli kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen pieni, alle kaksi prosenttia, kun esimerkiksi Iso-Britanniassa se oli 18 prosenttia.⁶⁰³ Suomen sotakokemus vertautuu Iso-Britanniaan pitkälti siksi, että hallinto pysyi vakaana sotavuosien läpi ja myös siksi, että Suomea ei miehitetty. Britannian tavoin sotavuosina laadittu sosiaalinen lainsäädäntö jäi pysyväksi ja toimi pohjana jälleenrakennusvaiheessa.

Sotatalous- ja kriisihallinto tuotti uusia asiantuntijavaltaisia yhteistoimintamuotoja valtion ja kansalaisjärjestöjen välille. Evakuoidun väestön huolto siirrettiin puolivaltiolliselle järjestölle, Suomen Huollolle, jota rahoitettiin ulkomaisen humanitaarisen avun turvin. Järjestö toimi ohia vaaleilla valittu-

⁶⁰⁰ Tärkeitä teollisuuslaitoksia esimerkiksi metalli- ja puunjalostusteollisuuden alalla jäi luovutetulle alueelle. Menetetty selluloosan tuotanto vastasi noin neljäsosaa maan koko tuotannosta. Luovutetuille alueille jäi 260 000 hehtaaria peltoalaa, joka oli noin 10 prosenttia koko Suomen peltoalasta ja 13 prosenttia tuotannosta. Hentilä 2006, 176–185, 189; Pulkkinen 2008, 64–67; Hietanen 2002, 45.

⁶⁰¹ Hentilä 2006, 173–209.

⁶⁰² Kurenmaa ja Lentilä 2005, 1150–1162.

⁶⁰³ World War II casualties. Verkkolähde.

jen elinten sekä valtakunnallisesti että paikallisesti aina 1950-luvun alkuun saakka itsenäisenä elimenä.⁶⁰⁴ Luvussa neljä käsitellään sotavuosien institutionaalisia ja ideologisia muutoksia. Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunnan johtoon koottu kansanterveyden episteeminen yhteisö kehitti lasten terveydenhuollon uusia toimintamuotoja. Sotatapahtumien seurauksena on nähtävissä ideologinen liukuma rauhanajan taloudellisuutta tavoittelevasta kansanterveysaatteesta kohti pronatalistista puolustuskykyä painottavaa väestöpolitiikkaa, joka oli omiaan nopeuttamaan kansanterveyslakien säätämistä. Vahvojen väestöpoliittisten argumenttien saattamana väestökomitean esitys kansanterveyslaeista hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1944.

Luvussa viisi tarkastellaan aluksi sodan ja lääketieteen modernisaation välistä yhteyttä. Lääkärien vuosikertomusten avulla on mahdollista peilata lääkäreiden käsityksiä neuvolatoiminnasta, rokotteista ja lasten kunnosta sotavuosina. Imeväiskuoilleisuudessa tapahtui sotavuosina suuria heilahteluja, jotka olivat yhteydessä evakuointeihin. Korkeimmat imeväiskuoilleisuusluvut nähtiin talvisodan jälkeen vuonna 1940. Jatkosodan vuosina lasten terveydessä ei tapahtunut oleellisia muutoksia, vaan pienten lasten terveys saattoi jopa parantua tehokkaan huollon ansiosta. Tilannetta korjasi myös yli 75 000 haavoittuvassa asemassa olevan lapsen siirto Ruotsiin ja Tanskaan.

Viimeinen luku on paikallistutkimus, jossa analysoidaan kansanterveystyön mahdollisuuksia poikkeusolosuhteissa. Jatkosodan aikana takaisin valatussa Sortavalan piirissä tehtiin eräänlainen uuden terveydenhuollon varaslähtö, jossa kansanterveystyötä priorisoitiin ja johon myös ohjattiin varoja ja henkilökuntaa. Aluetta voi tarkastella kansanterveystyön ”koelaboratoriona”, jossa saatuja käytännön kokemuksia sovellettiin koko Suomessa sodanjälkeisissä oloissa.⁶⁰⁵ Monilla yhteiskunnan aloilla pyrittiin samalla uudistamaan vanhentuneita rakenteita.⁶⁰⁶ Valtaosa suunnitelmista jäi toteuttamatta, sillä Karjala jouduttiin luovuttamaan takaisin Neuvostoliitolle syyskuun 1944 aseleposopimuksessa.

⁶⁰⁴ Tiihonen 1984, 6–7.

⁶⁰⁵ Myös miehitetyssä Itä-Karjalassa suomalaisten sukukansojen parissa panostettiin kansanterveysteen, josta vastasi Suomen Punaisen Risti. Venäläinen väestönosa jätettiin palvelujen ulkopuolelle. Itä-Karjalan ja palautetun Karjalan terveydenhuoltojärjestelmiä on joskus verrattu toisiinsa, mutta on huomattava, että palautetussa Karjalassa terveydenhuollosta vastasivat yhteisesti valtio, kunnat ja kansalaisjärjestöt henkilökunnan ollessa usein paikallista. Itä-Karjalassa sen sijaan järjestelmä tuli ylhäältä annettuna ja se oli etnisesti valikoivaa. Itä-Karjalan terveydenhuollosta Rosén 1998 ja Tuuteri 1998. Itä-Karjalasta yleensä kts. Laine 1982 ja Kulomaa 1987.

⁶⁰⁶ Karjalan asiain neuvottelukunta 1942. Tarkoituksena oli muun muassa muuttaa Karjalan kannaksen sirpaloituneita maanomistusoloja.

4 Asiantuntijoiden aikakausi

Talvisodan myötä Suomessa alkoi pitkä poikkeusaika, jota sävyttivät hallituksen sekä poliittiset että taloudelliset laajat toimivaltuudet eduskunnan jäädessä pitkälti syrjään päätöksenteossa. Hallintovallan keskittämisen kautta myös kuntien autonomia ja liikkumavara vähenivät. Sodan aikana ei kunnallis- tai eduskuntavaaleja järjestetty.⁶⁰⁷

Seppo Tiihonen ja Markku Temmes ovat tarkastelleet pitkän sodan aiheuttaman poikkeusajan vaikutusta valtion hallintokoneistoon. Temmes on jakanut itsenäisyyden alkuvuosikymmenet oikeusvaltion kauteen 1917–1939, jonka keskeisenä piirteenä oli liberalistisen oikeusvaltion rooli. Sotavaltion kauteen 1939–1945 jouduttiin äkkiarvaamatta, jolloin julkisten tehtävien painoarvo kasvoi radikaalisti. Valtioneuvostolle delegoitiin laajoja valtuuksia, ja sen tehtävät laajenivat koko yhteiskuntaan, myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Laajentuneen hallintokoneiston toimintatavat myös militarisoituivat, sillä kriisihallinnon järjestelyt kietoiivat yhteen siviili- ja sotilashallintoa. Seppo Tiihonen on kuvannut, kuinka sodan aikana hallintoon rekrytoidut eri alojen asiantuntijat, kuten ekonomit ja insinöörit muuttivat hallinnon ajattelutapoja ja käytäntöjä. Samanlainen vaikutus oli myös sotilashallinnon yleisellä laajenemisella ja tunkeutumisella siviilihallinnon alalle. Asiantuntijat toivat mukanaan erilaiset käytännön sovellukset ja tekniikat sekä sotilashallinnosta että yksityisestä liike-elämästä. Tapahtui valtiohallinnon sekä määrällinen että laadullinen laajentuminen. Valtion kokonaismenojen osuus bruttokansantulosta nousi sotavuosina yli 50 prosenttiin oltuaan 14,3 prosenttia vuonna 1938. Sodan jälkeenkin toimintaansa jatkaneita virastoja perustettiin ilman poliittista keskustelua.⁶⁰⁸

Selviytyminen totaalisisessa sodassa edellytti tuotannon ja kulutuksen äärimmäisen tarkkaa säännöstelyä, jolloin kaikki mahdolliset resurssit oli saatava yhteiskunnan käyttöön. Säännöstelyorganisaatioiden johtoon rekrytoitiin suuryritysten johtajia, esimerkiksi Enso-Gutzeitin toimitusjohtaja V. A. Kotilainen sai johtaakseen kansanhuoltoministeriön. Armeijan ja puolustuksen tarpeet olivat ensisijaiset, minkä jälkeen jäljelle jääneet henkiset ja materiaaliset resurssit jaettiin siviiliväestölle.⁶⁰⁹

Sotavuosia leimaava kiire saada asioita toimitetuksi (*sense of urgency*) johti poikkeuksellisiin käytäntöihin monilla hallinnon ja teollisuuden aloilla. Kiire heijastui Suomessa myös siviiliväestön sosiaali- ja terveydenhuoltoon,

⁶⁰⁷ Sama eduskunta istui vuodesta 1939 vuoteen 1945, sillä sodan aikana ei vaaleja voitu järjestää. Ensimmäiset sodanjälkeiset eduskuntavaalit pidettiin maaliskuussa vuonna 1945. Myös vuonna 1936 valitut kunnanvaltuustot istuivat vuoteen 1945 saakka, jolloin pidettiin kuntavaalit. Nevakivi 2006, 228. Holmila & Mikkonen 2015, 138–145.

⁶⁰⁸ Tiihonen 1984, 6–7; Temmes 1987, 243–245; Martikainen 1975, 150. Pysyviksi jäivät muiden muassa tapaturmavirasto, hankintakeskus ja polttoainekeskus. Sama ilmiö oli nähtävissä monissa muissa sotaa käyvissä maissa. Porter 1994, 161–169.

⁶⁰⁹ Michelsen 1999, 298–300.

jossa jouduttiin yllättäen kehittämään lähes tyhjästä laajoja verkostoja väestön huollon turvaamiseksi. Ilmiö ei koskettanut pelkästään Suomea. Kendall Hoyt on kuvannut uusien rokotteiden kehittämistä Yhdysvalloissa vuoden 1941 Pearl Harbourin hyökkäyksen jälkeen, jolloin käynnistettiin kiireisesti uudenlaisia asiantuntijoiden johtamia yhteistyöprojekteja teollisuuden, puolustusvoimien ja akateemisten tutkijoiden välillä. Pragmaattiset tavoitteet kaatoivat ideologisia ja käytännön esteitä kiireen tunteen ajamana.⁶¹⁰

Kaikilla yhteiskuntaelämän aloilla vallitsevana ajatteluna sotavuosina oli vahva valtiojohtoisuus, josta käytettiin ilmauksia sotatalous- ja kriisihallinto. Valtiojohtoisuus oli peruslähtökohtana organisoitaessa vapaaehtoisen työvoiman rekrytointia, sosiaalisten ongelmien korjaamista ja avustustoimintaa. Valtion puuttuminen yhteiskunnan prosesseihin nähtiin aikaisemmasta poiketen jopa myönteisenä kehityspiirteinä. Valtion ei kuitenkaan tarvinnut organisoida itse kaikkia sille määritettyjä tehtäviä. Yksityiset kansalaisjärjestöt, joista monet SPR:n tapaan olivat jo valmiiksi puolivaltiollisia, muodostuivat keskeisiksi valtakunnallisiksi hallinnonalan johtoyksiköiksi. Valtiovalan, kansalaisjärjestöjen ja yksityisten yritysten keskinäisiin toimikuntiin keskittyi eri alojen asiantuntijoita, joiden vaikutusvalta yhteiskunnassa kasvoi huomattavasti.⁶¹¹ Norjalainen Anne-Lise Seip on kehittänyt käsitteen ”hyvinvointikolmio” (*velferdstrekanter*)⁶¹², joka kuvaa valtion, kuntien ja kansalaisjärjestöjen eli kolmannen sektorin yhteistoimintaa ja organisoitumista huoltotoiminnan piiriin. Sotavuosien ”terveydenhuoltokolmion” ohjausjärjestelmässä kolmion kärjet muodostuivat sen sijaan lääkintöhallituksesta, puolustusvoimista ja Suomen Huollosta ja sen alaisista kansalaisjärjestöistä. Sotavuosina kunnilla oli hyvin harvoin resursseja kehittää omilla varoillaan uusia toimintamuotoja.⁶¹³

4.1 Suomen Huolto avustustyön johdossa

Rauhallinen komiteatyöskentely ja uuden sosiaali- ja terveystalouden lainsäädännön valmistelu keskeytyivät syksyllä 1939. Saksan hyökättyä Puolaan syyskuun alussa alettiin Suomessa reserviläisiä kutsua ylimääräisiin kertausharjoituksiin. Kun Suomen hallitus sai kutsun lähettää neuvottelijoita Moskovaan, oli sodan uhka nousemassa niin suureksi, että 10. lokakuuta julistettiin ylimääräiset harjoitukset (YH), mikä käytännössä tarkoitti liikekannallepanoa ja poikkeustalainsäädännön astumista voimaan. Palvelukseen kutsuttiin käytännöllisesti kaikki reserviin kuluvat miehet, eli alle 60-vuotiaat upseerit ja alle 40-vuotiaat aliupseerit ja sotamiehet.

Talvisotaa leimasivat valtavat evakuoinnit, jotka tapahtuivat kolmessa aallossa. Lokakuussa 1939 alettiin siirtää väestöä itärajalta ja suurista asu-

⁶¹⁰ Hoyt 2006, 41.

⁶¹¹ Tiihonen 1984, 7–8, 47–50.

⁶¹² Engl. *welfare triangle*.

⁶¹³ Seip, Anne-Lise 1991; Seip, Åsmund Arup 2007, 123.

tuskeskuksista, toinen evakuoitintaalto koettiin talvisodan alussa. Joulukuussa 1939 jo yli puoli miljoonaa henkilöä oli evakuoitu. Maaliskuussa 1940 aselevon jälkeen siirtyivät loputkin luovutettujen alueiden asukkaat Kanta-Suomeen. Talven poikkeuksellinen ankarus vaikeutti paitsi sotatoimia myös evakuointeja.⁶¹⁴

Suunnitelmia väestön toimeentulon turvaamiseksi sodan aikana ei ollut, kuten ei myöskään ollut suunnitelmia terveydenhuollon järjestelyistä kriisitilanteessa.⁶¹⁵ Evakuoitujen terveydenhuolto ajautui talvisodan aikana nopeasti kriisiin, kun lähes koko lääkintähenkilökunta kättilöitiä lukuun ottamatta oli määrätty puolustusvoimien palvelukseen. Kesäkuussa 1939 oli säädetty laki yleisestä työvelvollisuudesta poikkeustilanteessa, jonka mukaan kaikki 18–59-vuotiaat Suomen kansalaiset olivat velvollisia tekemään maanpuolustusta välillisesti tai välittömästi hyödyttävää työtä. Työvelvollisuudesta oli vapautettu henkilöt, jotka ”lapsen tai muun avuttoman henkilön hoitamisen takia” eivät voineet poistua kotoa, ja henkilöt, jotka virkansa tai toimensa vuoksi oli vapautettu asevelvollisuudesta sodan aikana.⁶¹⁶

Suomen sairaanhoitajista 90 prosenttia eli noin 6 500 oli ilmoittautunut SPR:n ylläpitämään vapaaehtoisten reserviin, mikä merkitsi valmiutta lähteä hyvin lyhyellä varoitusajalla komennukselle minne tahansa, joko puolustusvoimien tai siviilipuolen tehtäviin. Alle 60-vuotiaista lääkäreistä 80–85 prosenttia palveli puolustusvoimissa sodan aikana.⁶¹⁷ Kaikkialla siviilihallinnossa oli pula työvoimasta, sillä puolustusvoimat oli imenyt organisaatioonsa miehiä ja naisia kaikilta tasoilta. Toisaalta puolustusvoimat ja siviilihallinto toimivat yhteistyössä asiantuntijoiden vaihtaessa tehtäviä siviilistä armeijaan ja takaisin.⁶¹⁸

Sodan uhkan lisääntyessä syksyllä 1939 jouduttiin siviiliväestön ja evakuoitujen huoltojärjestelmät pystyttämään kiireellä. Valtiovalta joutui tuketumaan merkittävässä määrin kansalaisjärjestöihin, joilla oli jo valmiiksi hyvin toimiva paikallisorganisaatio.⁶¹⁹ Useat näistä vapaaehtoisuuteen pohjautuvista organisaatioista ja talkootoimintaa harjoittavista yksiköistä toimivat sellaisilla tehtäväalueilla, joita ennen sotaa ei hoitanut kukaan, mutta joista vastuu olisi periaatteessa voinut kuulua valtiolle. Osa tehtävistä syntyi vasta kriisitilanteen yhteiskunnallisten ongelmien synnyttämänä. Kansallisen yksimielisyyden ajatuksia saatettiin hyödyntää näissä kriisihallinnon tehtävissä, joista valtio muuten olisi joutunut kantamaan päävastuun.⁶²⁰

⁶¹⁴ Vaikka sota ei tullut aivan yllättäen, itärajan evakuointi jäi epätäydelliseksi, minkä seurauksena osa väestöstä jäi Neuvostoliiton miehittämälle alueelle Suojärvellä ja Suomussalmella; Piirainen 1974, 214–216.

⁶¹⁵ Tiihonen 1984, 5.

⁶¹⁶ Laki yleisestä työvelvollisuudesta 192/1939.

⁶¹⁷ *Lääkärinä sodassa* 1989, 10, 28; Somer 1956. Esimerkiksi Erkki Leppo toimi talvisodan aikana lääkintöhallituksen tehtävissä, mutta jatkosodan aikana hän oli välillä vuonna 1942 puolustusvoimissa kaasusuojelutoimiston hygieenikkona pilkkukuumeen torjuntatoissa ja välillä taas lääninlääkärinä Helsingin piirissä vuonna 1943.

⁶¹⁸ *Suomen lääkärin* 1946; Laurent 2006.

⁶¹⁹ Tiihonen 1984, 6; Tiitta 2009, 200.

⁶²⁰ Tiihonen 1984, 7–8.

Huolto-organisaatio oli sekava ja vakiintui lopullisesti vasta kesällä 1941. Lokakuussa 1939 perustettiin keskus-, läänin- ja paikalliselle tasolle *Vapaan huollon toimikuntia*, joissa julkinen sektori ja vapaat kansalaisjärjestöt olivat edustettuina. Läänintoimikuntien puheenjohtajat olivat yleensä maaherroja, jotka toimivat järjestöissä ”vapaina kansalaisina”. Vapaan huollon paikallisten ja läänintoimikuntien kokoonpanot ja toimenkuvat pysyivät lähes ennallaan sotien ajan, sen sijaan keskusjohto muutti muotoaan useaan otteeseen.⁶²¹ Paikallisesti Vapaan huollon toimikunnat tekivät yhteistyötä kuntien huoltoviranomaisten kanssa.⁶²²

Taulukko 7. *Vapaan huollon keskustoimikunnan jäsenyhdistykset.*

Sisäasiainministeriö
Sosiaaliministeriö
Puolustusministeriö
Kansanhuoltoministeriö
Lääkintöhallitus
Lotta Svärd-yhdistys
Suomen Punainen Risti
Kenraali Mannerheimin lastensuojeluliitto
”Koteja kodittomille lapsille” –yhdistys
Rajaseudun ystävien liitto
Suomalainen Marttaliitto
Finlands svenska Marthaförbund
Maatalousnaiset
Suomen Sosialidemokraattinen Työläisnaisliitto
Pelastusarmeija
Maan Turva
Suomen Huoltotekijäin liitto
Folkhälsan
Suomen Kirkon seurakuntatyön keskusliitto
Kotilieden kummikerho

Lähde: Vapaan huollon keskustoimikunnan toimintakertomus 1939 – 1940. Saapuneet kirjeet, 21.V.41. D. No. 2970/1941, LKH V, KA.

Vapaan huollon keskustoimikunta perustettiin kansalliseksi keskuselimeksi. Sen tehtävänä oli johtaa valtakunnallista huoltotyötä sekä vastaanottaa ja jakaa lahjoituksia lääninkeskuksille. Vapaan huollon keskustoimikunnan järjestöpohja oli poliittisesti ja aatteellisesti monipuolinen: sosiaalidemokraattiset naiset istuivat samassa toimikunnassa kirkon edustajien ja Mannerheimiliiton kanssa. Jäsenyhdistysten luettelo on hyvä tuoda esille, sillä siinä esiintyvät tärkeimmät Suomessa sotavuosina huoltotyötä tehneet kansalaisjärjestöt, jotka jättivät erimielisyytensä syrjään ja ryhtyivät toimimaan yhdessä, eräänlainen ”talvisodan ihme” tämäkin. Taulukossa 7 mainitut järjestöt olivat mukana Vapaan huollon toiminnassa myös paikallisella ja läänintasolla koko järjestön toiminnan ajan. Keskustoimikunta jäi kuitenkin lyhytikäiseksi.

⁶²¹ Tiihonen 1984, 59–65; Suomen Huollon vaiheista paras selvitys Piirainen 1974, 229–245.

⁶²² Evakuidun väestöön liittyneiden tehtävien hoitamiseksi perustettiin 17.1.1940 asetuksella Sisäasiainministeriöön *Siirtoväen huollon keskus*, jonka alaisuudessa paikallistasolla kunnissa toimivat huoltoviranomaiset johtajanaan siirtoväen huoltojohtaja. Piirainen 1974, 214–216.

si. Talvisodan syttyä se muutti Vaasaan ja joutui lopulta keskeyttämään työnsä, kun sen kanslia tuhoutui täysin pommituksessa.⁶²³

Tärkein syy keskustoimikunnan kaatumiseen oli kuitenkin pääministeri Rytin joulukuussa 1939 asettama Suomen Huolto-toimikunta. Suomen sota-tapahtumat saivat kansainvälisessä lehdistössä runsaasti huomiota, sillä talvisodan aikana oli muilla sotarintamilla hiljaista: Puola oli vallattu syyskuussa 1939. Tanskan ja Norjan Saksa valtasi vasta huhtikuussa 1940 talvisodan päättymisen jälkeen. Helsingissä vilisi kansainvälisiä toimittajia, jotka levittivät maailmalle tietoa ”sankarillisen Suomen taistelusta Neuvosto-Venäjän karhua vastaan”.⁶²⁴ Varainkeruu ulkomailla alkoi välittömästi sodan puhkeamisen jälkeen: erityisen aktiivisia olivat amerikansuomalaiset. Yhdysvaltoihin vuonna 1921 muuttanut, sisällissodassa punaisten puolella toiminut entinen sosiaalidemokraattinen pääministeri Oskari Tokoi osallistui energisesti avustustoiminnan organisointiin.⁶²⁵

Presidentti Herbert Hoover⁶²⁶, joka oli johtanut ensimmäisen maailmansodan aikana ja sen jälkeen *American Relief Fund*-järjestön avustustoimintaa Euroopassa, aloitti heti joulukuun alussa varojen keräämisen Suomelle *Finnish American Relief Committee*n kautta, jonka keulakuvaksi hän asettui. Järjestön ensimmäinen julkinen varainkeräys oli jo 20.12.1939.⁶²⁷ Lahjoitukset oli jaettava Hooverin määräämillä ehdoilla kansallisen komitean toimesta valtiovallasta irrallaan, humanitaariseen apuun siirtöväelle ja erityisesti lapsille. Hoover oli käynyt Suomessa ja tunsu maan olosuhteet, sillä hänet vihitin maaliskuussa 1938 Helsingin filosofisen tiedekunnan kunniatohtoriksi. Vierailullaan hän kävi neuvotteluja tasavallan presidentin ja hallituksen kanssa. Hän tunsu siten henkilökohtaisesti valtion johtoa, muun muassa 1.12.1939 pääministeriksi nimitetyn Risto Rytin.⁶²⁸

Hoover otti joulukuussa 1939 yhteyttä Rytiiin, joka asetti ”yksityishenkilönä” 22.12.1939 valtion hallinnosta erillään olevan *Suomen Huolto – toimikunnan* rinnakkaiselimeksi Vapaan huollon keskustoimikunnalle. Suomen Huollon ohjesäännön ensimmäisessä pykälässä määriteltiin toimikunnan tarkoitus, joka oli ulkomailla kerättyjen varojen jakaminen ja käytön valvominen.

Pohjois-Amerikan Yhdysvalloissa perustetun Suomen huoltorahaston (Finlands Folkhjälp): The Finnish Relief Fund, Le Comité National du Fonds d'assistance pour

⁶²³ Vapaan huollon keskustoimikunnan toimintakertomus 1939–1940; 21.V.41. D. No 2970/1941, Ea, LKHV, KA; Tiihonen 1984, 64–65; Piirainen 1974, 229–231; *Keskietetty vapaa huoltotyö* 1949, 11–12.

⁶²⁴ Brotherus, 1984, 145–153.

⁶²⁵ Oskari Tokoi joutui pakenemaan vuonna 1918 Suomesta. Hän muutti Yhdysvaltoihin vuonna 1921. Siellä hän työskenteli Massachusettsissa sosiaalidemokraattisen *Raivaaja*-lehden toimittajana vuosina 1922–1949. Kostiainen 2000 KB; Peltola 2005, 26.

⁶²⁶ Yhdysvaltain presidentti vuosina 1929–33.

⁶²⁷ Amerikansuomalaisten keräystoiminnasta Suomen hyväksi kts. Holmio 2001, 433–436.

⁶²⁸ Hoover kävi myös eduskunnassa, jossa sosiaalidemokraattisen puolueen kansanedustaja Miina Sillanpää esitti kiitokset Hooverille avusta Suomen äideille ja lapsille vuosina 1919–1920. Uusi Suomi 16.3.1938, Hoover-juhla. Rehtorinviraston arkisto. Helsingin yliopiston keskusarkisto. Suomeen suunnatusta avusta vuosina 1919–1920, kts. Sappinen 2010.

*la population civile de Finlande sekä muualla ulkomailla Suomen hyväksi yleisellä kansalaiskeräyksellä koottuja ja Suomeen lähetettyjä varoja jakamaan ja jaettujen varojen käyttöä valvomaan pääministeri asettaa nelihenkisen toimikunnan. Toimikunnan nimenä on "Suomen Huolto".*⁶²⁹

Poliittisesti laajapohjaisen, nelihenkisen toimikunnan jäsenet valittiin niin ikään "yksityishenkilöinä". Puheenjohtajana toimi entinen pääministeri professori A.K. Cajander, Kansallinen Edistyspuolue. Jäseniksi tulivat Kansallisen Kokoomuksen kansanedustaja, sairaanhoitaja Kyllikki Pohjala, *Suomen Sosialidemokraatti*-lehden päätoimittaja Eino Kilpi ja sosiaaliministeriön hallitussihteeri Niilo Walin.⁶³⁰ Mahdollisesti ajatuksena "valtiosta erillään" olevan toimikunnan perustamiselle oli varmistaa, että lahjoitusvaroja ei käytetty sotilaallisiin tarkoituksiin. Varoja kerättiin ulkomailla sodasta kärsimään joutuneiden ihmisryhmien, erityisesti lasten avuksi.⁶³¹

Suomen Huolto-toimikuntaa johti siis neljä yksityishenkilöä, jotka tosin edustivat laajaa poliittista kenttää ja Niilo Walinin kautta myös valtionhallintoa. Toimikunnan postiosoite oli sosiaaliministeriö, joten tätäkin kautta voidaan katsoa, että toimikunta oli sidoksissa valtiovaltioon.⁶³² Edustuksellista sidettä valtioon, lääninkeskuksiin tai vapaisiin huoltojärjestöihin ei ollut. Toimikunta osoittautui kuitenkin tehokkaaksi ja epäbyrokraattiseksi talvisodan sekavissa ja nopeasti muuttuvissa olosuhteissa. Sen kautta virtasi Suomeen huomattavia avustusmääriä sekä rahana että tarvikkeina. Avustukset kohdennettiin ensisijaisesti siirtoväelle, pommituksista kärsineille sekä reserviläisten, kaatuneiden ja invalidien perheille. Osa avustuksista oli ensiapuluontoisia, osaa taas käytettiin työtoiminnan elvyttämiseen, henkiseen huoltoon ja lastenhuoltoon. Helmikuussa 1940 perustettu *Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunta* (SHTMK) otti vastatakseen evakuoitujen terveyden- ja sairaanhoidon. Lahjoituksia käytettiin Suomen Huollon alaisuudessa olevien laitosten toiminnan rahoittamiseen sekä jaettiin suoraan läänintoitimikunnille ja sieltä eteenpäin paikallisille Vapaan huollon järjestöille.⁶³³ Presidentti Hoover lähetti Suomeen omat miehensä valvomaan rahojen käyttöä johtajanaan M. Robert van Maverick.⁶³⁴

⁶²⁹ Da, Suomen Huolto, JyMA.

⁶³⁰ *Keskitetty vapaa huoltotyö*, 1949, 12–14.

⁶³¹ Suomi ei ollut vuonna 1939–40 ainoa avustuskohde, sillä syyskuussa 1940 perustettiin osittain Hooverin aloitteesta Puolan avustamiseksi *Commission for Polish Relief*. Kts. Cisek & Jusczyk 2006.

⁶³² Kiertokirje ulkomaanedustukselle. 2.1.1940. Fb 8b, UAT, UM.

⁶³³ Sekavat olosuhteet talvisodan aikana ja sen jälkeen olivat osasyynä siihen, että Suomeen tulvivien avustusten jakamisessa ilmeni pulmia. Tämän vuoksi valtio asetti huhtikuussa 1940 *Ulkomaisen avun keskustoimikunnan*, jonka tehtäväksi määriteltiin ulkomaisten lahjoitusten vastaanottaminen ja kotimaisten järjestöjen, laitosten ja virastojen toivomusten toimittaminen ulkomaille. Tällä menettelyllä pyrittiin erityisesti siihen, ettei mikään yksityinen instanssi saisi esitettyä avustuspyyntöjä ulkomaille valtiovallan tietämättä. Keväällä 1940 asetettiin myös *Valtion Lahjatarvatoimikunta* valvomaan vapaan huoltotyön varojen käyttöä; *Keskitetty vapaa huoltotyö*, 1949, 12–14; *Suomen Huollon työ* 1941, 28–30.

⁶³⁴ Pohjala 1966, 91; Suomen Huollon arkistoluettelo, sivu 5, KA; *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 14–15. Toimikunnan tehtävät siirtyivät vuonna 1944 perustetulle *Ulkomaisen Avun Toimikunnalle*.

Toukokuuhun 1941 mennessä Suomen Huolto-toimikunta oli saanut ulkomaisina lahjoituksina arviolta 500 miljoonaa markkaa, josta rahaavustusten muodossa oli annettu 334 miljoonaa markkaa. Summa oli merkittävä, sillä esimerkiksi vuonna 1939 maalaiskuntien yhteenlasketut menot huoltotoimissa olivat noin 250 miljoonaa markkaa.⁶³⁵ Valtion sosiaaliset menot, menoluokka XIV, johon sisältyivät myös kansanhuoltoministeriön menot, olivat hieman yli 400 miljoonaa markkaa vuonna 1941.⁶³⁶ Lahjoituksia tuli kaikkialta maailmasta. Suurimmat lahjoittajat olivat taulukon 8 mukaisesti Yhdysvallat ja Ruotsi. Myös Tanska ja Sveitsi olivat aktiivisia. Lahjoitetun tavaran arvoa oli vaikea arvioida. Pääosan muodostivat vaatetustarpeet, elintarvikkeet ja lääkintätarvikkeet.⁶³⁷

Taulukko 8. Suomen Huolto-toimikunnan saamat ulkomaanlahjoitukset 1940–1941.

Maa	Miljoonaa markkaa
Yhdysvallat	175
Ruotsi	75
Tanska	34
Sveitsi	12,5
Norja	5,5
Englanti	5,3
Etelä-Afrikka	4,5
Hollanti	4
Kanada	2
Unkari	1

Lähde: Suomen Huollon työ 1941, 72–73.

Suomen Huolto-toimikunta lopetti työskentelynsä keväällä 1941 lahjoitusvarojen ehydyttyä.⁶³⁸ Uuden sodan uhatessa kesällä 1941 oli selvää, että tarvittaisiin jälleen uusi kattojärjestö koordinoimaan huoltotoimintaa. 30.7.1941 valtioneuvosto perusti *Suomen Huolto r.y.:n*, joka oli omien sanojensa mukaan ”valtiojohtoinen, mutta järjestövaltainen huoltojärjestöjen liitto”. Siinä olivat edustettuina sosiaali-, sisä- ja puolustusministeriöt sekä lääkintöhallitus ja 17 koko maan käsittävää huoltojärjestöä. Järjestöluettelo oli lähes identtinen vuoden 1939 keskustoimikuntaan nähden.⁶³⁹ Suomen Huolto r.y.:n piirissä olivat käytännössä kaikki merkittävät huoltojärjestöt. Se pystyi toimimaan ”hyvin itsenäisesti ja epäbyrokraattisesti ilman valtiovallan holhousa”.⁶⁴⁰

⁶³⁵ Sisältää huoltotoimen yleishallinnon, köyhäinhoidon, lastensuojelun, irtolaishuollon sekä alkoholihuollon. STV 1942, taulukko 235. Maalaiskuntien menot vuosina 1930–1939, 274.

⁶³⁶ STV 1942, taulukko 239. Valtion tulot ja menot vuosina 1882–1941, 279–281.

⁶³⁷ *Suomen Huollon työ* 1941, 72–73. Suomen Huollon terveydenhuoltotoimikunnan perustamien sairaaloiden, neuvoloiden ja lääkkeisiin käytetyt kulut olivat vuonna 1940 noin 28 miljoonaa markkaa. Db1, SHTMK, SH, JyMA.

⁶³⁸ Suureksi ongelmaksi Vapaan huollon organisoinnissa oli osoittautunut se seikka, etteivät paikalliseen huoltotyöhön osallistuneet järjestöt olleet edustettuina huoltotyön ylimmässä portaassa. *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 14; Piirainen 1974, 232–233.

⁶³⁹ Vapaan huollon keskustoimikunnan toimintakertomus 1939–1940. 21.V.41. D. No 2970/1941, Ea, LKH V, KA. Nämä järjestöt olivat mukana vapaan huollon toiminnassa paikallisella ja läänintasolla koko järjestön toiminnan ajan. *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 18–21; Rosén 2002, 344–345; Piirainen 1974, 234–236.

⁶⁴⁰ *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 11–21.

Jatkosodan alkaessa kesällä 1941 organisaatio oli siten yhtenäinen keskus-, lääni- ja paikallistasolle saakka. Läänitasolla johdossa toimi yleensä läänin maaherra, joka oli useimmiten myös Punaisen Ristin piirin johtaja. Monet maaherroista olivat vahvoja vaikuttajia lääninsä siviiliväestön humanitaarisen avun ja sosiaalihuollon kehittämisessä.⁶⁴¹

Toiminnan rahoitus koostui valtaosin ulkomailta tulleista lahjoituksista, etenkin Ruotsista ja Yhdysvalloista. Suomen Huollon toiminta oli jatkosodan vuosina varsin laimeaa aktivoituen taas syksyllä 1944, jolloin avustuksia alkoi jälleen virrata Suomeen. Järjestön toiminnanjohtajana oli Heikki Waris vuosina 1941–1945. Suomen Huolto r.y. lopetti toimintansa vuonna 1952.⁶⁴²

Seuraavassa alaluvussa käsitellän helmikuussa 1940 perustettua Suomen Huollon Terveydenhoitotoimikuntaa, joka on jäänyt tuntemattomaksi, sillä se ei kattojärjestönä juurikaan näyttäytynyt julkisuudessa. Se kehitti lahjoitusvarojen avulla erityisesti äitiys- ja lastenhuollon parissa uusia toimintamuotoja, jotka myöhemmin siirtyivät kunnallisen terveydenhuollon piiriin.

Kansanterveyttä Hoover-rahoilla

Suomen Huollon Terveydenhoitotoimikunnan (SHTMK) helmikuussa 1940 alkanut pitkä toimikausi jatkui jälleenrakennuskaudelle vuoteen 1950. Alun perin toiminnan laajentaminen terveydenhuoltoon ei ollut laisinkaan mukana suunnitelmissa. Siviiliväestön terveydenhuolto oli yleensäkin talvisodan kuukausina lähes olematonta. Sota oli kuitenkin lyhyt eikä Etelä-Suomessa ollut pahempia epidemioita liikkeellä. Sen sijaan Lapin ja Oulun läänistä alkoi kantautua hälyttäviä tietoja itärajalta evakuoitujen lasten keskuudessa raivoavista tuhkarokko- ja hinkuyskäepidemioista, joiden seurauksena moni pikkulapsi oli menehtynyt.⁶⁴³

Aloite terveydenhoitotoimikunnan perustamisesta tuli Amerikan Punaisen Ristin edustajalta tohtori Spenceriltä, joka osallistui 17.2.–2.3.1940 Oulun läänissä lääkintöhallituksen järjestämään ja Suomen Huolto-toimikunnan ”Hoover-rahoilla” kustantamaan retkikuntaan. Sen tarkoituksena oli selvittää siirtoväen lasten terveydentilaa. Amerikan Punainen Risti oli suurimpia avustusjärjestöjä, joten sen mielipide oli luonnollisesti otettava huomioon, varsinkin kun Spencer lupasi lisäävustuksen perustettavalle toimikunnalle.⁶⁴⁴ Retkikunnan lääkäreinä toimivat sujuvaa englantia taitavat,

⁶⁴¹ Oulun läänin maaherra Pehkonen ajoi voimakkaasti läänin itäosien jälleenrakentamista ja kehittämistä. Lapin läänissä Suomen Huolto r.y.:llä ei ollut läänitason organisaatiota, vaan SPR:n Lapin piiri Yrjö Hillilän johdolla vastasi poikkeuksellisesti läänin huoltotoiminnasta. *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 39–47; Rosen 2002, 345; *Suomen Punainen Risti*-lehden numero 7–8/1945 oli kokonaan omistettu Oulun läänille. Lehden pääkirjoitus oli maaherra Pehkonen laatima.

⁶⁴² *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 36; Piirainen 1974, 244. Sodan jälkeisestä avustustoiminnasta kts. luku 7.

⁶⁴³ Suomen Huollon sekä Vapaan Huollon läänin keskusten edustajien II neuvottelukokous Helsingissä helmikuun 21. ja 22. p:nä 1940. Kyllikki Pohjalan yksityisarkisto, KA.

⁶⁴⁴ Selostus kiertävän lastenneuvolan toiminnasta Oulun läänissä 17. II–2. III. 1940. Cajander I, kansio 119, KA; Suomen Huollon sekä Vapaan Huollon läänin keskusten edustajien II neuvottelukokous Helsingissä helmikuun 21 ja 22 p:nä 1940. Kyllikki Pohjalan yksityisarkisto, KA.

hieman ennen sotaa Suomeen palanneet Erkki Leppo ja hänen vaimonsa Helmi (Pearl) Toivonen-Leppo. Matka suoritettiin Haukiputaan, Kiimingin, Pudasjärven, Iin ja Nivalan kuntiin, sillä niissä oli ilmoitettu esiintyneen tavallista enemmän kuolemantapauksia siirtoväen lasten keskuudessa.

Leppojen tunteisiin vetoavaa raporttia levitettiin propagandatarkoituksessa ulkomailla, etenkin Yhdysvalloissa humanitaarisen avun keräämiseksi Suomelle. Retkellä tehtiin ensimmäisen kerran Suomessa alle kouluikäisten joukkotarkastuksia. Kouluissa terveystarkastuksia oli tehty jo vuosisadan vaihteesta saakka, mutta nyt tutkittiin periaatteessa kaikki lapset vastasyntyneistä 15 vuoden ikään saakka.

Taulukko 9. *Todettuja diagnooseja Oulun läänin kiertävässä lastenneuvolassa 17. II – 2. III. 1940. Tutkittujen lasten lukumäärä 755.*

Diagnoosi	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Aktiivinen riisitauti (alle 2 v.)	89	11,0
Välikorvantulehdus	71	9,7
Keuhkoputkentulehdus	62	8,2
Märkärupi	62	8,2
Muut sairaudet (nielutulehdus, ripuli jne)	57	7,5
Hinkuyskä	51	6,7
Syyhy	41	5,4
Tuberkuloosi (kaikki muodot)	10	1,3
Keuhkokuume	9	1,1
Trakooma	3	0,03

Lähde: Kansio 119, Cajander I, KA.

Kiertävän neuvolan tulokset olivat hälyttäviä, sillä tutkituista 755 lapsesta 46 prosenttia todettiin sairaiksi. Yleisimmin podettiin korva- ja keuhkoputkentulehduksia. Riisitaudin jälkiä tavattiin joka toisella lapsella, ja ihosairaudet, kuten syyhy ja märkärupi olivat yleisiä. Lääkkeistä oli puutetta, ja joissakin kunnissa oli lääkäri puuttunut kahden kuukauden ajan. Taulukossa 9 ilmenevät yleisemmät sairaudet. On huomattava, että samalla lapsella saattoi olla useita diagnooseja.

Tärkein selitys lasten korkealle sairastavuudelle ja kuolleisuudelle oli, että lapset tulivat eristyneistä olosuhteista rajapitäjistä, jonne sotaa edeltävinä vuosina muualla Suomessa levinneet hinkuyskä- ja tuhkarokkoepidemiat eivät olleet vielä yltäneet. ”Ahtaissa, huonosti tuuletetuissa” joukkomajoituspaikoissa monet lapsista sairastuivat sekä hinkuyskään että tuhkarokkoon ja menehtyivät jälkitauteihin. Nivalassa sattui siirtoväen lasten keskuudessa tammi- ja helmikuussa 43 kuolemantapausta, joista 24 oli yhteydessä tuhkarokkoa seuranneeseen keuhkokuumeeseen. Lähes joka viides tutkituista lapsista oli juuri sairastanut tuhkarokon, ja joka kymmenes poti paraillaan jälkitautilta välikorvantulehdistä. Evakuointi oli tapahtunut äkillisesti vaikeiden sääolosuhteiden vallitessa.

*Monien siirtoväen lasten oli täytynyt matkustaa rajaseuduilta Länsi-Suomeen ensin 75–100 km avonaisissa kuorma-autoissa ja sen jälkeen kylmissä tavaravau-
nuissa useamman päivän ajan kylmän sään vallitessa. Useimpien oli täytynyt läh-
teä matkaan äkkiä ilman riittäviä vaatteita, jopa monet ilman sukkia ja hattuakin.
Ei ihme, että lapset oltuaan matkalla alttiina kylmälle, pakoitettuna syömään hu-
noa keittämätöntä ruokaa ja juomaan kylmää, raakaa maitoa sekä olemaan ilman
lepoa, sairastuivat pitkällisiin ruoansulatushäiriöihin ja hengitystiehyekatarrei-
hin.⁶⁴⁵*

Myötävaikuttaviksi tekijöiksi katsottiin myös ilmastonvaihdos rajaseudun kuivasta mannerilmasta rannikon kosteaan raskaaseen ilmastoon sekä riisi-
taudin aiheuttama huono yleistila.⁶⁴⁶

Leppojen usealla kielellä julkaistu raportti herätti suurta huomiota sekä Suomessa että ulkomailla. Tärkein kohdema oli Yhdysvallat, jonka lehdis-
tössä levisi rahankeräyksen tueksi kiertoartikkeli siirtoväen lasten hädänalai-
sesta tilanteesta. *Edwardsville Intelligencer* Illinoisista raportoi 5.3.1940,
kolme päivää retken päättymisestä, otsikolla *Finnish officials plead for me-
dical supplies* siirtoväen vaikeuksista esittäen, että naiset ja lapset kuolivat
pakolaisleireissä tauteihin ja ravinnonpuutteeseen: “Finnish Women, Chil-
dren in Refugee Camps Dying of Disease, Malnutrition; Children have
Rickets, Scabies, Pneumonia”.⁶⁴⁷ Artikkelissa liioiteltiin siirtoväen hätää: tal-
visodan aikana elintarvikkeista ei vielä ollut pulaa eikä nälkää nähty. Evaku-
ointipisteissä ruoka toki oli yksipuolista. Monet lapset olivat tosin olleet ali-
ravittuja jo rauhan aikana ja sen vuoksi alttiita jälkitaudeille.

Pittsburgh Press vetosi samana päivänä lukijoihinsa otsikolla: *Diseases
sweep Finland; Doctors appeal for aid*. “Finnish officials issued a plea today
for food, clothing and medicine for women and children in isolated refugee
camps who are dying of disease and malnutrition at a higher per capita rate
than their men at the front.”⁶⁴⁸ Maininta lasten rintamamiehiä korkeammas-
ta kuolleisuudesta oli toisto ensimmäisen maailmansodan ajoilta, jolloin Iso-
Britanniassa ”oli vaarallisempaa olla vauva kuin sotilas”.⁶⁴⁹ Englantilainen
Arthur Marwick on puhunut ”sodan koetuksesta” (engl. *test of war*), jolloin
äärimmäiset olosuhteet paljastavat yhteiskunnassa vallitsevat ongelmat räi-
keämmin kuin mitkään rauhanajan kriisit. Pohjois-Suomen evakuoidut lap-
set eivät läpäisseet testiä: syrjäkylien lasten huono kunto ja olemattomat ter-
veyspalvelut tulivat kaikkien tietoon. Kiertävän neuvolan tutkimustuloksia
käytettiin hyväksi propagandassa ulkomailla, mutta myöhemmin myös koti-

⁶⁴⁵ Selostus kierteävän lastenneuvolan toiminnasta Oulun läänissä 17. II–2. III. 1940. kansio 119, Ca-
jander I, KA.

⁶⁴⁶ Aikakaudella ilmastolla katsottiin olevan tärkeä merkitys sairauksien esiintymiselle. Riisitauti eli
D-vitamiinin puutos itsessään altistaa infektioille. Ilmaston merkityksestä lastentaudeille kts. Ylppö
1925.

⁶⁴⁷ *Edwardsville Intelligencer* 5.4.1940. Verkkolähde.

⁶⁴⁸ *Pittsburgh Press* 5.4.1940. Verkkolähde.

⁶⁴⁹ Winter 1977, 487–507.

maassa lasten terveydenhuollon kohentamiseksi.⁶⁵⁰ Tärkein seuraus neuvola-retkestä oli kuitenkin uuden toimikunnan perustaminen Suomen Huoltoon.

Suomen Huollon Terveystoimikunta (SHTMK) perustettiin 20.2.1940 Hoover-retkikunnan vielä jatkaessa tutkimuksiaan Pohjois-Suomessa. Sen ensimmäisessä kokouksessa määriteltiin toimikunnan tehtävät, jotka olivat tyypillisiä asiantuntijaelimelle: ehdotuksia, suunnitelmia ja lausuntoja sekä ohjausta ja valvontaa.

1. Tehdä Suomen Huolto-toimikunnalle ja sen alaisille Vapaan Huollon läänintoimikunnille ehdotuksia ja suunnitelmia vähävaraisen, sodan johdosta vaikeuksiin joutuneen siviiliväestön terveyden- ja sairaanhoito-olojen sekä lastenhuollon parantamiseksi;
2. Antaa Suomen Huolto-toimikunnalle lausuntoja läänintoimikuntien terveyden- ja sairaanhoitoa sekä lastenhuoltoa koskevista avustusanomuksista ja muista esityksistä;
3. Ohjata ja valvoa Suomen Huolto-toimikunnan myöntämin varoin tapahtuvaa siviiliväestön terveyden- ja sairaanhoitoa sekä lastenhuoltoloiden toimintaa.⁶⁵¹

Toimikunnan arvovaltaiseksi puheenjohtajaksi ja samalla valtiovallan edustajaksi tuli vuonna 1939 lääkintöhallituksen pääjohtajaksi nimitetty lääkäri, pitkäaikainen Suomen Sosialidemokraattisen puolueen kansanedustaja Os-kari Reinikainen.⁶⁵² Muut jäsenet olivat Kansallisen Kokoomuspuolueen kansanedustaja, sairaanhoitaja Kyllikki Pohjala, STVY:n sihteeri Severi Savonen ja Valtion terveydenhoito-opiston johtajatar Tyyne Luoma. Toimikunnan jäsenet tunsivat hyvin toisensa ja olivat tehneet kansanterveysalan yhteistyötä käytännössä itsenäisyyden alusta saakka. Jatkosodan alkaessa ke-sällä 1941 toimikunnassa koettiin muutama henkilömuutos. Kyllikki Pohja-lan jäädessä pois uusiksi jäseniksi nousivat lääkäri Pauli Soisalo SPR:stä ja Suomen Huolto r.y.:n uusi toiminnanjohtaja FT Heikki Waris. Nyt myös las-tentautien professori Arvo Ylppö tuli mukaan, aivan ilmeisesti nostamaan toimikunnan painoarvoa. Suomen Huolto-toimikunnan perustamat lasten-kodit siirtyivät Heinäkuussa 1941 SHTMK:n vastuulle, jolloin jäseniksi toi-mikuntaan tulivat vielä mukaan ministerinrouva Judith Fagerholm ja Las-tenlinnan johtajatar Agnes Sinervo. Sihteerinä toimi lääkäri Paavo Kuusisto vuoteen 1950 asti.⁶⁵³

Toimikunnan jäsenet olivat tahoillaan edustamiensa järjestöjen ja henki-lökohtaisen painoarvonsa kautta erittäin vaikutusvaltaisia ja edustivat lähes koko terveydenhuollon kenttää. Severi Savonen siirtyi lääkintöhallitukseen

⁶⁵⁰ Marwick 1974, 12.

⁶⁵¹ Pk 20.2.1940, Ca 1, SHTMK, SH, JyMA; SHTMK:n ohjesääntö (luonnos) §2. Cajander I, KA.

⁶⁵² Reinikainen oli Sosialidemokraattisen Puolueen kansanedustaja 1919–1945 sekä eduskuntaryhmän puheenjohtaja 1938–1944. Lääkintöhallituksen pääjohtajana Reinikainen toimi 1939–1953 ja Suomen Punaisen Ristin keskushallituksen varapuheenjohtajana 1944–1951. Uola 2001 KB. Reinikaisen edel-täjä lääkintöhallituksessa oli Hannes Ryömä, myös sosiaalidemokraatti, joka oli astunut virkaansa jo vuonna 1927.

⁶⁵³ *Keskitetty vapaa huoltotyö* 1949, 34–35; Pöytäkirjat Ca1–6, SHTMK, SH, JyMA.

vuonna 1939 siirtoväenasioiden ylimääräiseksi esittelijäksi ja jatkoi vuodesta 1944 kansanterveysosaston lääkintöneuvoksena vuoteen 1952 saakka.⁶⁵⁴ Savonen istui ”kolmella tuolilla”, lääkintöhallituksen virkamiehenä, tuberkuloosijärjestön sihteerinä ja yhteistoimintaelimen eli SHTMK:n jäsenenä. Hänessä todella henkilöityi kansalaisjärjestöjen ja valtion yhteistyö. Toimikunnan kokoonpano pysyi lähes ennallaan sen lakkauttamiseen asti vuonna 1950.⁶⁵⁵

Hoover oli vaatinut, että hänen rahoittamansa huolto-organisaatio olisi riippumaton ja erillään valtiokoneistosta. On merkillepantavaa, että toimikunnan puheenjohtajaksi kuitenkin asetettiin lääkintöhallituksen pääjohtaja, joka oli valtion ylin terveydenhuoltoalan virkamies. Kun Suomen Huolto-toimikunta tavallaan oli ”valtiosta riippumaton” järjestö, oli SHTMK taas tiukasti sidoksissa valtiovaltaan lääkintöhallituksen kautta, vaikka sen määrärahat kaikkien toimintavuosien aikana muodostuivat pääsääntöisesti ulkomaisista lahjoituksista. Toimikunnan sihteeri Paavo Kuusisto saattoikin tyytyväisenä todeta vuonna 1942, että ”täten sekä valtiovallan johtama että vapaan huollon toimesta järjestetty sairaanhoito- ja terveydenhuoltotoiminta miltei alusta lähtien joutuivat toistensa kanssa kiinteään, pysyvään ja sangen hyödylliseen kosketukseen”.⁶⁵⁶ Terveydenhuollon alan kansalaisjärjestöt olivat toimineet kiinteästi valtion kanssa yhteistyössä jo rauhan aikana, joten kriisiolosuhteissa puhtaasti kansalaisjärjestöpohjainen terveydenhuoltojärjestelmä oli mahdoton ajatus.

SHTMK:lle oli aluksi myönnetty kahdeksan miljoonaa markkaa sairaanhoitolaitoksille ja kolme miljoonaa markkaa niiden ylläpitämiseen. Toimikunnan perustavassa kokouksessa käsiteltiin ja hyväksyttiin myös Severi Savosen laatima *Suunnitelma sodan johdosta kärsimään joutuneen siviiliväestön terveyden- ja sairaanhoidon tehostamiseksi*, joka esiteltiin seuraavana päivänä lääninkeskusten edustajien neuvottelukokouksessa.⁶⁵⁷ Vasta kun poikkeustilan alkamisesta oli kulunut viisi kuukautta, oli lääkintöhallitus siis saanut aikaiseksi kriisisuunnitelman. Siinä linjattiin periaatteet kriisinaikaiselle siviiliterveydenhuollolle, jossa painopiste kohdistettaisiin erityisesti pikkulapsiin ja odottaviin äiteihin.

Savosen mukaan väestönsiirrosta olivat eniten kärsineet siirtoväkeen kuuluvat lapset, joista moni yleistilan alentumisen vuoksi oli sortunut kulku-tauteihin. Tilanne oli käymässä vakavaksi, ellei majoitusoloja saataisi parannettua ja suojaravinteita varattua. Epäkohtien poistamiseksi Savonen ehdotti perustettavaksi kiertäviä lastenneuvoloita, joilla edistettäisiin lastenhoitoa ja parannettaisiin siirtoväen lasten keskuudessa hyvin yleistä riisitautia, märkärupea ja muita ihotauteja. Suunnitteilla oli vähintään viisi kiertävää neuvo-laa, joissa kussakin olisi lääkäri ja sairaanhoitaja. Äideille suunniteltiin jaet-

⁶⁵⁴ Korppi-Tommola 2001 KB.

⁶⁵⁵ Db vuosikertomukset SHTMK JyMA. Gynekologeilla ei toimikunnassa ollut edustusta, ja he toimivat aktiivisemmin vuonna 1941 perustetun Väestöliiton piirissä.

⁶⁵⁶ Kuusiston puhe 7.12.1942. Pk.10.12.1942, Ca 4, SHTMK, SH, JyMA:

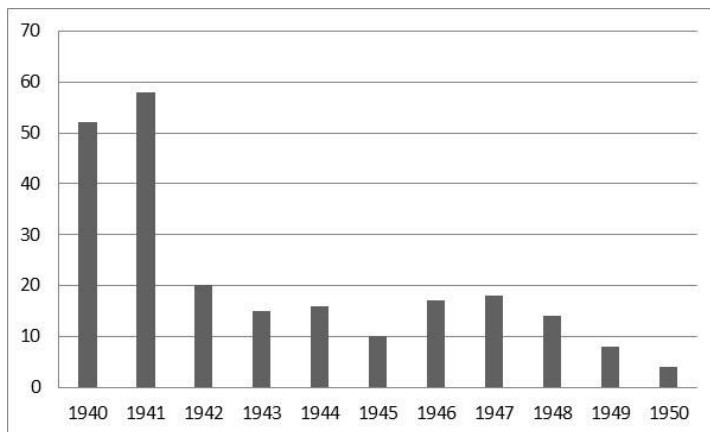
⁶⁵⁷ Savonen: *Suunnitelmia...* Suomen Huollon sekä Vapaan Huollon lääninkeskusten edustajien II neuvottelukokous Helsingissä helmikuun 21 ja 22 p:nä 1940. Kyllikki Pohjalan yksityisarkisto, KA.

tavaksi lääkintöhallituksen laatimaa 14-sivuista lastenhoidon valistuskirjasta *Lastenhoito-ohjeita siirtoväen äideille*, josta oli otettu 100 000 kappaleen painos. Oli myös tärkeää perustaa lasten tilapäisiä sairastupia, joiden tarve oli vähintään 450 paikkaa. Niitä olisi saatava sellaisiin kuntiin, joissa oli kunnanlääkäri ja joissa siirtoväkeä oli runsaasti.⁶⁵⁸

Savonen tähdensi, että pikkulasten kahden ensimmäisen elinviikon kuolleisuus muodosti noin 30–40 prosenttia imeväiskuolleisuudesta⁶⁵⁹. Tähän pystyttäisiin parhaiten puuttumaan äitiyshuollon neuvontatyön kautta, millä ainakin puolet varhaisista kuolemantapauksista voitaisiin ehkäistä. Savosen näkökulma äitiyshuoltoon oli lapsilähtöinen: tavoitteena oli ensisijaisesti perinataalikuolleisuuden vähentäminen. Savonen ehdotti synnytystupien perustamista, neuvontatyön tehostamista sekä valistuskirjallisuuden levittämistä. Tohtori Martti Siiralan ja professori Laimi Leideniuksen äitiyshuoltoa koskevista lentolehtisistä oli painettu 50 000 kappaletta äideille jaettavaksi. Helmikuuhun mennessä oli perustettu noin 30 siirtoväen synnytystupaa, joissa oli yhteensä noin 200 paikkaa. Noin 50 synnytystupaa suunniteltiin perustettavaksi lisäksi kuntiin, joissa oli yli 1500 evakuoitua. Synnytystuvat olivat pieniä: niissä oli keskimäärin neljä paikkaa. Savonen esitti myös tilapäisten sairastupien perustamista mielisairaille ja keuhkotautisille, sillä keuhkotautiparantoloita ja mielisairaaloita oli jouduttu tyhjentämään ja luovuttamaan puolustusvoimille.⁶⁶⁰

Kuvio 3

SHTMK:n kokoukset vuosina 1940–1950.



Lähde: Pöytäkirjat 1940–1950, Ca1-Ca6, SHTMK, SH, JyMA.

Toimikunta perustettiin vain muutama viikko ennen talvisodan loppumista. Sen varsinainen toiminta lähtikin käyntiin vasta aselevon solmimisen jäl-

⁶⁵⁸ Savonen: *Suunnitelmia...* Kyllikki Pohjalan yksityisarkisto, KA.

⁶⁵⁹ Tärkeimmät kuolinsyyt olivat ”synnynnäinen elinheikkous”, keskosuus ja lasten aivoverenvuodot.

⁶⁶⁰ Savonen: *Suunnitelmia...* Kyllikki Pohjalan yksityisarkisto, KA.

keen, jolloin kaikki evakuoitavat oli jo siirretty pois luovutetuilta alueilta. Vuoden 1940 aikana toimikunta kokoontui 52 kertaa, eli useammin kuin keran viikossa. Erityisen intensiivistä toiminta oli keväällä 1940.

Tuntemattomaksi jäänyt toimikunta ei taustatoimijana näyttäytynyt julkisuudessa. Asiantuntijaorganisaationa se oli tärkeä keskustelu- ja yhteistyöfoorumi, jolla linjaukset tehtiin tiiviissä yhteistyössä valtion elinten, etenkin lääkintöhallituksen kanssa. Jatkosodassa toimikunta painiskeli rahoitusongelmien kanssa ulkomaisten lahjoitusten lähes tyrehdyttyä. Toimikunnan pöytäkirjoihin ja muistioihin on kirjattu eri toimijoiden rooleja ehkäisevän terveydenhuollon piirissä. Käytännön toiminta kanavoitiin lähes yksinomaan SPR:n ja Mannerheim-liiton kautta, lukuun ottamatta Suomen Huollon sairaaloita ja lastenkoteja. Vuonna 1943 Suomen Huollossa toimivien järjestöjen työnjakoa selkiytettiin virallisestikin.⁶⁶¹

SHTMK:n toiminta voidaan jaksottaa seuraavasti:

1. Talvisota ja välirauha, jolloin käytössä oli huomattava summa avustusvaroja. Toiminta oli erittäin vilkasta, kokouksia oli viikoittain. Perustettiin sairaaloita ja neuvoloita, joita toimikunta itse ylläpiti.
2. Jatkosota 1941–44. Rahoituksen ehtyminen, painopisteen siirtyminen takaisinvaluttuun Karjalaan. Useat toimintamuodot siirrettiin kuntien ja kansalaisjärjestöjen valvontaan.⁶⁶²
3. 1945–1950. Ulkomaisten avustustoiminnan elpyminen. Tärkeimmäksi tehtäväksi tuli suunnitella eri terveydenhuoltojärjestöille myönnettävien varojen ja välineiden jake-lua ja valvontaa.⁶⁶³

Kokousten lukumäärässä näkyy kaksi huippua: talvisodan jälkeinen toiminta ja jälleenrakennuksen aika vuodesta 1946 alkaen (kuvio 3).⁶⁶⁴ Toimikunta työskenteli eräänlaisena lääkintöhallituksen epävirallisena kansanterveysjaostona, jolla oli kriisiolosuhteissa käytettävissään budjetin ulkopuolisia varoja sopiviin kohteisiin, kuten sairaaloiden ja terveysasemien rakentamiseen. Näillä ylimääräisillä resursseilla voitiin aloittaa uudenlainen, ei vielä lainvoiman saanut ehkäisevä kansanterveystyö äitiys- ja lastenneuvoloiheen siirtoväen ja rajaseudun asukkaiden parissa. Toimikunta on loistava esimerkki kriisiajan välillisen hallinnon toimintamallista, jossa tärkeimmät yhteiskuntakumppanit olivat kansalaisjärjestöjä. Demokraattisesti valittuja elimiä ei tarvittu eikä käytetty. Toisaalta elävä yhteys edustuselimiin oli olemassa yksittäisten henkilöiden kautta, sillä esimerkiksi puheenjohtaja Reinikainen oli sosiaalidemokraattisen eduskuntaryhmän puheenjohtaja. Periaatteessa kaikki ulkomaisten lahjoitusten jakelukohteet päätettiin Suomen Huollossa aina

⁶⁶¹ *Huoltaja* 1943, 453.

⁶⁶² Kts. luku 6. Sortavalan piirilääkäripiiri.

⁶⁶³ Kts. luku 7. Jälleenrakennus.

⁶⁶⁴ Pöytäkirjat 1940–1950, Ca1–Ca6 SHTMK, SH, JyMA.

jatkosodan päättymiseen saakka, vaikka SPR ja Mannerheim-liitto pyrkivät omatoimisuuteen ja järjestivät suoria lahjoituksia varsinkin Ruotsista.⁶⁶⁵

4.2 Siirtoväelle sairaaloita ja neuvoloita

Kuntien evakuoitulle väestölle syksyllä 1939 lääkintöhallituksen rahoituksella perustamat sairaas- ja synnytystuvat siirtyivät vuoden 1940 kuluessa SHTMK:n vastuulle ja rahoitettaviksi. Maaliskuussa 1940 alettiin perustaa lasten sairastupia, joiden suunnittelu ja pystyttäminen annettiin Agnes Siervon, tehtäväksi.⁶⁶⁶ Vuoden loppuun mennessä yhteensä 45 sairaalassa oli 735 lapsille tarkoitettua vuodepaikkaa, joista osa oli varattu tuberkuloosipotilaille. Siirtoväen sairaaloita perustettiin ja lopetettiin tarpeen mukaan vuoden 1940 kuluessa, joten niiden määrä vaihteli kuukaudesta toiseen. Taulukossa 10 mainittujen sairaalapaikkojen lisäksi Suomen Huolto kustansi muissa hoitolaitoksissa lähes 60 000 hoitopäivää, joten kaiken kaikkiaan vuonna 1940 avustusjärjestö kustansi siirtoväelle noin 440 000 hoitopäivää.⁶⁶⁷ Vuonna 1939 sodan kynnyksellä lastensairaaloiissa oli 269 vuodetta, joten paikkaluvun nousu oli huomattava.⁶⁶⁸

Taulukko 10. Suomen Huollon sairaalat ja synnytystuvat vuonna 1940.

Sairaala	Lukumäärä	Paikkaluku	Hoitopäiviä
Yleissairaloita	73	1125	142151
Lastensairastupia ja –osastoja	45	735	94935
Tuberkuloosisairaloita ja –osastoja	9	403	53146
Synnytystupia ja –osastoja	61	296	18758
Mielisairaloita (Kellokoski)	4	460	75552
Yhteensä	192	3019	384542

Lähde: Toimintakertomus 1940. Db1, SHTMK, SH, JyMA.

Kiertävät neuvolat – valistusta ja tilastointia

Helmi-maaliskuussa 1940 Oulun lääniin suuntautunut lääkintöhallituksen ekskursio aloitti uuden työmuodon lasten terveydenhuollossa. Kiertävien neuvoloiden merkitys oli kahtalainen. Yhtäältä saatiin yleiskuva siirtoväen lasten terveydentilasta ja pienten lasten hoitotavoista. Toisaalta neuvoloilla katsottiin oleva tärkeä kasvattava merkitys: terveyssisarret antoivat opastusta nykyaikaisessa järkiperäisessä lastenhoidossa ja jakoivat valistuslehtisiä ko-

⁶⁶⁵ ”Välitavedoista” keskusteltiin Suomen Huollossa laajasti, kun vuonna 1943 Mannerheim-liiton toiminnanjohtaja Mandelinin aloitteesta käynnistettiin kummikuntaliike: suomalaiset kunnat saivat Ruotsista omat kummikuntansa, jotka jakaisivat avustuksia suoraan, ilman Suomen Huollon väliporasta. Järjestelmää pidettiin epäoikeudenmukaisena, köyhiä ja rajaseudun kuntia syrjiväksi, jos lahjoituksia ei tasattaisi. Kummikuntaliike osoittautui sodan jälkeisellä jälleenrakennuskaudella kuitenkin onnistuneeksi ratkaisuksi, jonka kautta saatiin kuntien terveystalojen rahoitus järjestettyä. Kts luku 7. Kummikuntaliike

⁶⁶⁶ Pöytäkirjat 1940, Ca 1 SHTMK, SH JyMA.

⁶⁶⁷ Vk 1940. Db, SHTMK, SH, JyMA

⁶⁶⁸ Leppo 1940, 223–251.

tiin vietäväksi. Samalla tavoitettiin sairaalahoitoa vaativat lapset, jotka voitiin ohjata uusiin Suomen Huollon lastensairaaloihin. Kiertävien neuvoloiden kustannukset olivat häviävän pieniä verrattuna toimikunnan muihin menoihin. Sairaaloiden ja synnytystupien perustamiskustannukset keväällä 1940 arvioitiin 3,3 miljoonaksi markaksi, joista lasten sairastupien osuus oli 925 000 markkaa. Kun ohjelman kuukausittaisiksi menoiksi arvioitiin noin 2,5 miljoonaa markkaa, oli kiertävien lastenneuvoloiden osuus vain 111 000 mk ja lasten sairastupien osuus noin 500 000 mk.⁶⁶⁹

Vuonna 1940 Suomea kiersi viisi lastenlääkäriä ja terveyssisarta pitämässä lastenneuvolaa siirtoväen kansoittamilla seuduilla. Kiertävien neuvoloiden lääkärit olivat pääsääntöisesti lastentautien erikois- tai erikoistuvia lääkäreitä. Mukana oli myös terveydenhoitajatar-kätilöitä, jotka opastavat paikallisia kätilöitä siirtoväen synnytystupien ja äitiysneuvoloitten järjestelyssä ja piti-vät ”demonstrationa äitiysvastaanottoja raskaille naisille”. Taulukkoon 11 on kirjattu maaliskuu–huhtikuussa 1940 toimineiden neuvoloiden toimipaikat, tutkittujen lasten ja äitien lukumäärä sekä työntekijöiden nimet. On huomattava, että Erkki Leppoa lukuun ottamatta kaikki lääkärit olivat naispuolisia.⁶⁷⁰ Valtaosa mieslääkäreistä oli huhtikuussa 1940 vielä puolustusvoimien palveluksessa.

Taulukko 11. Kiertävät Suomen Huollon neuvolat keväällä 1940

Paikka	Aika 1940	Lastenlääkäri	Tutkittujen lasten luku	Terv. hoit. kätilö	Tutk. rask. äitien luku
Turun ja Porin lääni	2.4.–12.4.	Zaida Eriksson-Lihr ja Sarah Gyllencreutz	628	Rva Aalto-nen	23
”	15.4.–26.4.	Dora von Wendt	872	”	27
Hämeen lääni	27.3.–27.4.	Varpu Leppo	1668	Nti Vänni	51
Vaasan lääni	27.3.–27.4.	Alma Talvitie	2236	Nti Anola	49
Lapin lääni	1.4.–23.4.	Helmi Toivonen-Leppo ja Erkki Leppo	1133	Nti Engman	35
Porin ympäristö	5.4.–26.4.	Lempi Kena-Apajalahti	688	Rva Mikko-la	26
Yhteensä			7225		211

Lähde: Saapuneet toimintakertomukset Ebn 3. Suomen Huolto ja SPR. LKHV, KA

Kiertävistä neuvoloista laadittiin vuoden 1940 aikana useita raportteja, jotka saivat myös lehdissä paljon julkisuutta. Käytännössä kiertävä lastenneuvola toimi niin, että paikkakunnan terveyssisar, diakonissa tai opettaja kutsui neuvolatarkastukseen kaikki alle 2-vuotiaat lapset sekä kaikki alle 15-vuotiaat sairaat lapset. Aluksi tutkittiin ja hoidettiin vain siirtoväen lapsia, mutta rajoitus jäi vähitellen pois. Tilaisuudet olivat suosittuja, sillä neuvolas-

⁶⁶⁹ Suomen Huollon sekä Vapaan Huollon läänin keskuksen edustajien II neuvottelukokous Helsingissä helmikuun 21 ja 22 p:nä 1940. Kyllikki Pohjalan yksityisarkisto, KA.

⁶⁷⁰ Leppo, Erkki: *Kertomus Suomen Huollon Terveydenhoitotoimikunnan kiertävien lasten- ja äitiysneuvoloitten toiminnasta 27.3.–27.4.1940*. Ebn 3, LKHV, KA. Vuonna 1940 Suomessa oli yhdeksän naispuolista lastentautien erikoislääkäriä. *Suomen lääkärit 1940*.

ta saadut lääkkeet, tutkimus ja hoito olivat kaikki maksuttomia.⁶⁷¹ Kiertävässä neuvolassa oli mahdollisuus kerätä monipuolista tietoa lasten kotioiloista. Esimerkiksi huhti-kesäkuussa 1940 lastenlääkäri ja terveyssisar kiersivät autolla Turun ja Porin lääniä. Neuvolassa tutkittiin lähes 3000 lasta, jotka kuuluivat sekä siirtoväkeen että paikalliseen väestöön. Paikkakunnan omat hoitajat osallistuivat neuvolan vastaanottoon, joka pidettiin yleensä koulurakennuksessa. Yksi huone varattiin lääkärille, toisessa huoneessa terveyssisar kirjasi ja punnitsi lapset sekä teki tuberkuliinitestit. Tietoja kerättiin lapsen sosiaalisesta taustasta, sisarusten lukumäärästä ja siitä, kuinka monta henkilöä nukkui samassa huoneessa tai samassa vuoteessa. Edelleen kysyttiin, mitä sairauksia lapsi oli sairastanut, mikä oli syntymä- ja nykyinen paino sekä oliko kyseessä rinta- vai pullolapsi. Tärkeää oli myös tietää, oliko perheessä tuberkuloosia. Lääkärin ja terveyssisaren välinen työnjako oli selvä. Lääkäri keskittyi lapsen tutkimiseen ja hoitomääräysten antamiseen. Terveyssisaren tehtävänä oli välittäjän asemassa tulkata lääkärin ohjeet ja määräykset äidille sekä toimia matka-apteekin hoitajana. Lääkkeeksi annettiin yleensä vitamiineja, rautaa, syyhysalvaa ja mahdollisesti sulfaa. Tärkeä osuus terveyssisaren työssä oli opastus ”nykyaikaisessa hygieenisessä lastenhoidossa”. Valistuslehtisiä lastenhoidosta ja tuberkuloosista jaettiin. Noin 3000 tutkitusta lapsesta 200 joutui sairaalahoitoon äärimmäisen heikkouden vuoksi.⁶⁷²

Sairastavuus eri siirtoväen ryhmillä vaihteli. Lapin ja Oulun läänien lapset kärsivät talvisodassa pahiten, esimerkiksi ahtaisiin ja likaisiin oloihin evakuoitujen posiolaisten keskuudessa syyhy (25.4 prosenttia) ja hinkuyskä (20.5 prosenttia) levisivät kulovalkean tavoin. Hinkuyskän jälkeiseen keuhkokuumeeseen kuoli 28 imeväistä, kun ”normaalikuolevaisuus” oli vain 10 pikkulasta vuodessa. Vaasan ja Turun ja Porin lääniin evakuoitujen lasten keskuudessa ei esiintynyt niin paljon infektioita, ja heidän kuntonsa oli parempi. Kuitenkin riisitautia tai sen aiheuttamia muutoksia esiintyi lähes saman verran koko maassa. Riisitaudin jälkeä oli noin puolessa tutkituista lapsista, aktiivista riisitautia alle kaksivuotiailla esiintyi 10–20 prosentissa.⁶⁷³ Ruokintavirheet olivat myös erittäin tavallisia. Hämeen läänissä oli lääkäri Varpu Lepon mukaan pikkulasten keskuudessa ”erittäin runsaasti” riisitautia ja anemiasia. Jo kansanravitsemuskomitean mietinnössä havaittu lasten runsas kahvin juominen ja aterioiden korvaaminen voileivillä oli yleistä, minkä seurauksena vatsavaivat olivat tavallisia. Laihoja ja aliravittuja lapsia oli kuitenkin ”uskomattoman vähän”.⁶⁷⁴

Hämeeseen tulleet siirtoväen lapset olivat kotoisin luovutetun Karjalan vauraammista eteläisemmistä osista, kun taas helmi- ja maaliskuussa Oulun läänissä tutkitut lapset tulivat pohjoisen rajaseudun köyhistä kylistä, joissa lastenhoito oli vielä ”alkuperäisellä” tasolla. Kiertävien neuvoloiden toimin-

⁶⁷¹ Leppo, Erkki: *Kertomus...* Ebn 3, LKHV, KA.

⁶⁷² Redogörelse för den av Finlands folkhjälp utrustade ambulerande rådgivningen i Egentliga Finland 2/IV–13/VI 1940. *Epione*, Oct. 1940.

⁶⁷³ Leppo, Erkki: *Kertomus...* Ebn 3, LKHV, KA.

⁶⁷⁴ Leppo, Erkki: *Kertomus...* Ebn 3, LKHV, KA.

takertomuksissa perheet jaettiin usein rajaseudun köyhiin ”valistumatto-miin” ja eteläisempien, esimerkiksi Kannaksen tai Viipurin ”sivistyneisiin” perheisiin. Oheisessa lainauksessa mainittua riidenmarjaa eli näsiä käytettiin kansanlääkinnässä pitkään riisitaudin hoidossa.⁶⁷⁵

Enemmistö [Oulun läänissä] tutkituista 755 lapsesta oli hyvin kalpeita, laihoja, velttoja, riippuvatsaisia. Monilla oli riisitaudin aiheuttamia ”suutarin kuoppia” rintakehässä taikka ”linnurintoja”. Tiedusteltaessa kävi selville, että monet rajaseutujen äidit eivät vie pikkulapsia ulos raittiiseen ilmaan ja aurinkoon ennen kuin ne pystyvät itse kävelemään. Riisitautia oli hoidettu melkein säännöllisesti ”riientipoilla” ja ”riidenmarjavoiteella”, joita vielä rajaseudun apteekit myyvät. Vain harvat äidit olivat antaneet kalanmaksaöljyä tai Vitolia pikkulapsille, joten vaikean riisitaudin yleisyys näitten rajaseudun asukkaiden keskuudessa on ymmärrettävissä.”⁶⁷⁶

Erkki Leppo totesi yhteenvedossaan kevään 1940 kiertävien neuvoloiden antaneen rohkaisevia tuloksia. Toisaalta ne olivat tärkeitä lasten hoidon kannalta, mutta yhtä tärkeiksi hän katsoi niiden kasvattavan merkityksen. Leppo painotti kuitenkin pysyvän henkilökunnan merkitystä. Joka kuntaan olisi saatava koulutettu terveydenhoitajatar, muuten ei kansan valistustyö edisty ja lastenhoito pääse ”alkeellisesta tilastaan maaseudulla”. Valtion avustuksella tulisi ensi tilassa perustaa ”pysyväinen lastenhoidon-neuvonta-asema” kuntiin, joissa jo oli terveydenhoitajatar. Varoja olisi varattava A- ja D-vitamiinivalmisteiden hankkimista varten ”suurissa määrissä”. Leppo esitti myös toiveena saada ulkomailta lahjaksi kallista ”difteriatoksoidia sekä hinkuyskäksiin”⁶⁷⁷ rokotustoiminnan aloittamiseksi.⁶⁷⁸ Toive toteutuikin vuoden loppupuolella.

Kiertävien neuvoloiden avulla saatiin ensimmäisen kerran läpileikkaus Suomen lasten terveydentilasta ja lastenhoitotavoista. Näin kerättyä tietoa käytettiin sekä kotimaassa että ulkomailla propagandavälineenä yhtäältä avustusvarojen keräämiseksi, toisaalta painostuskeinona lastenneuvolaverkoston laajentamiseksi. Kiertävät neuvolat olivat koko maassa näyttäneet, että lastenhoidossa olisi paljon korjaamisen varaa. Myönnettiin toki, että lasten huono kunto oli yhteydessä köyhyyteen, mutta valistumattomuutta, tietämättömyyttä ja pitäytymistä vanhoihin tapoihin pidettiin kuitenkin suurimpana ongelmana. Raportissa painotettiin terveyssisarten tärkeää asemaa lastenhoidossa. Niillä paikkakunnilla, joilla terveyssisar oli toiminut jo pitkään, oli lasten kunto huomattavasti parempi. Jopa rajanpinnassa sijaitsevan Sallan lapset olivat poikkeuksellisen terveitä.

Sallassa oli toiminut pari terveydenhoitajataria ja sallalainen siirtoväki teki terveydenhoidollisesti valistuneen vaikutuksen. Lasten hoito heidän keskuudessaan oli

⁶⁷⁵ Forsius D 2009. Verkkolähde. 2017.

⁶⁷⁶ Selostus kiertävän lastenneuvolan toiminnasta Oulun läänissä 17. II–2. III. 1940. Cajander I, kansio 119, KA.

⁶⁷⁷ Kurkkumätä- ja hinkuyskäröketta.

⁶⁷⁸ Leppo, Erkki: *Kertomus ...* Ebn 3, LKHV, KA.

korkeammalla tasolla kuin muun vieraillemamme siirtoväen keskuudessa. M.m. monet äidit olivat käyttäneet pikkulapsiaan talvellakin säännöllisesti ulkona sekä antaneet kalanmaksajäy. Ehkäisevän terveydenhoitotyön ansioksi on laskettava ainakin osittain se, että terveydentila sällalaisten keskuudessa oli poikkeuksellisen hyvä.⁶⁷⁹

Vuoden 1940 kuluessa kiertävissä neuvoloissa tutkittiin lähes 35 000 lasta. Eniten tarkastettiin lapsia niissä lääneissä, joissa oli paljon siirtoväkeä: Turun ja Porin läänissä 7800, Vaasan läänissä 6500 ja Oulun läänissä 5000 lasta.⁶⁸⁰ Toimintaa jatkettiin vuonna 1941, jolloin tarkastettiin 22 500 lasta. Kiertävät neuvolat jäivät pysyväksi toimintamuodoksi syrjäseudulla; viimeinen neuvolabussi kiersi Lapin syrjäseuduilla vielä vuonna 1953.⁶⁸¹ Kiertävät neuvolat olivat kuitenkin poikkeusolosuhteiden ratkaisu; tavoitteena oli saattaa lastenhoidonneuvonta vakaalle pohjalle kuntiin rakennettavien kiinteiden neuvoloiden avulla.

Rajaseutumiljoonilla neuvoloita

SHTMK:n erääksi ydintoiminnaksi muodostui ja äitiys- ja lastenneuvoloiden rakentaminen niille seuduille, joilla oli runsaasti siirtoväkeä. Rajaseudulle pystytettiin terveystaloja, ja muualla maassa tuettiin rahallisesti kuntien neuvolatoimintaa. Luovutettujen alueitten mukana menetettiin 17 Mannerheim-liiton ja sen alaosastojen ”pikkulastenneuvolaa”. Vuonna 1940 Suomessa oli toiminnassa 144 kiinteää lastenneuvolaa, joista 37 eli noin neljäsosaa oli kunnallisia. Mannerheim-liitto oli suurin yksittäinen ylläpitäjä 60 neuvolallaan, Folkhälsanin 33 neuvolasta valtaosa sijaitsi Pohjanmaalla. Kaupungeissa oli neuvoloita suhteellisesti eniten. Hyvin harvalla maaseudun paikkakunnalla oli kunnan omia lastenneuvoloita: ne olivat useammin järjestöjen ylläpitämiä.⁶⁸²

Ensimmäiseksi kuitenkin ohjattiin varoja lasten terveydenhoitoon rajaseudulle eli Kuopion, Oulun ja Lapin lääneihin, jotka olivat kärsineet pahiten talvisodassa. Asuntokanta oli tuhoutunut, ja siviiliväestön, etenkin lasten ja vanhusten terveys oli kärsinyt evakuoinneissa. Imeväiskuolleisuus kaksinkertaistui monissa kunnissa: Ilomantsissa se oli 152 promillea vuonna 1940, kun se edellisenä vuonna oli ollut 74 promillea. Kuolleisuuden nousu selittyi pitkälti väestönsiirroilla. Rajakuntiin palattiin takaisin kesällä 1940 hyvin vaikeisiin olosuhteisiin.⁶⁸³ Lapin läänin maaherra Hillilä ja Oulun läänin maa-

⁶⁷⁹ Suomen Huollon kiertävä lastenneuvola Lapin läänissä 1.4.–23.4.1940. (ei allekirjoitusta, todennäköisesti Erkki Leppo). Ea 268 D. N:0 3119-1940, LKHV, KA.

⁶⁸⁰ Eb 3 Lääninkeskusten sairaalavk 1940; Db, SHTMK, JyMA.

⁶⁸¹ Eb 3 Lääninkeskusten sairaalavk 1941; Db, SHTMK, JyMA; Neuvola-auton mukana Lappia kiertämässä. *Suomen Punainen Risti*, 7/ 1953, 10.

⁶⁸² Leppo 1941, 5.

⁶⁸³ Vuonna 1940 Ilomantsissa syntyi 269 ja kuoli 41 lasta. Kunnassa kaikki asukkaat evakuoitiin sodan ajaksi, jolloin kunnalliskodin ”hoidokkeja” kuoli evakuointiaikana 34 henkeä. Kunnanlääkäri Wartiovaaran tyrmistykseksi evakuoitu siirtoväki sekä myös kunnan luovutetun osan (1/3 kunnasta luovutettiin) asukkaat saivat käskyn palata takaisin kuntaan jo huhtikuussa, vaikka elintarvikkeista oli

herra Pehkonen kirjelmöivät ahkerasti rajaseudun lasten terveydentilan kohottamiseksi. Mahdollisuus tilanteen korjaamiseksi saatiin syksyllä 1940, kun Suomen Huolto-toimikunta myönsi 10 miljoonaa markkaa rajaseudun jälleenrakennustyöhön. Näillä niin sanotuilla ”rajaseutumiljoonilla” rakennettiin muiden muassa 20 terveystaloa, jotka valmistuivat helmikuussa 1941. SHTMK myönsi lisäksi 400 000 mk terveystalojen sisustukseen. Puutalo OY:lta tilattuihin taloihin tuli terveyssisaren ja kättilön asunnot, ”äitiys- ja lastenhoidon neuvolahuoneusto” sekä huone tilapäistä synnytys- tai sairastupaa varten. Taloja nousi esimerkiksi Kuhmoon, Taivalkoskelle ja Hyrynsalmelle.⁶⁸⁴

Vuonna 1940 kaikissa kiertävissä neuvoloissa todettiin runsaasti lastenhoidon virheellisyyksiä, joiden seurauksena esiintyvät puutostaudit olivat yleisiä. Ohjaajakättilöiden havainnot puolestaan osoittivat äitiysneuvoloiden kipeän tarpeen. Tästä sai alkunsa ajatus tarjota kunnille avustusta kiinteiden äitiys- ja lastenneuvoloiden pystyttämiseksi.⁶⁸⁵ Joulukuussa 1940 alettiin valmistella kuntien kanssa tehtävää sopimusta kiinteän neuvolan perustamiseksi. Aiheesta käytiin keskustelua Suomen Huollon johtavien lääkärien neuvottelukokouksessa, jossa puheenjohtaja Reinikainen esitti näkemyksensä, että ”neuvolat olisi saatava kunnallisiksi”. Perusedellytyksenä tuen saamiselle oli, että kunnassa olisi sekä lääkäri että terveyssisar, mutta olisi otettava huomioon asutustiheys ja liikenneyhteydet. Ihanteellisinta olisi saada kuntaan terveystalo. Neuvolatoimintaa suunniteltaessa pidettiin tärkeänä kehittää kiinteää yhteistyötä kaikkien niiden elinten välillä, jotka neuvolaa olivat ajaneet, eli lääkintöhallituksen, SPR:n, Mannerheim-liiton ja Folkhälsanin välillä. Kokous totesi myös, että sopimuskirjasta Suomen Huollon ja kunnan välillä pitää tehdä sellainen, ”ettei se säikytä vähävaraisempia kuntia”.⁶⁸⁶

Kuntien kanssa tehdyn kirjallisen sopimuksen mukaan SHTMK luovutti kunnan käyttöön neuvolakaluston ja tarvikkeet sekä sitoutui myös maksamaan lääkärinpalkkion näissä ”Suomen Huollon neuvoloissa” vuoden ajan. Ehtona oli, että lääkäri valvoisi ”asianmukaisesti” neuvolan toimintaa ja pitäisi lääkärinvastaanottoa alle seitsemänvuotiaille lapsille säännöllisesti sekä ylläpitäisi Suomen Huollon hyväksymää kortistoa lapsista. Kunta puolestaan sitoutui suorittamaan neuvolan huoneistokustannukset sekä hankkimaan terveydenhoitajattaren ja kättilön. Suomen Huolto ei siis osallistunut hoitajien palkkaukseen. Kunnan oli lupauduttava myös ylläpitämään neuvolaa toiminnassa kaksi vuotta avustuksen loputtua, jonka jälkeen Suomen Huolto

puutetta ja sotaväki vielä kansoitti pitää. Paluumuutto saatiin onneksi pysäytettyä joksikin aikaa, mutta kuitenkin viisi synnytystä ehti sattua Lieksan kirkkoon väliaikaisesti majoitettujen joukossa. Samaten uusia ilomantsilaisia syntyi tavaravaunuissa. Ilomantsin kl vk1939 ja 1940. Ebb: 22 ja 23, LKHV, KA.

⁶⁸⁴ Oulun läänin maaherran vk 1940, D. No 74/424, 1943: SM, KA; Pk 20.12.1940 Ca 2, SHTMK, SH, JyMA. Taloja lahjoitettiin Ruotsista talvisodan jälkeen noin 2000 kappaletta. Monista tehtiin yhdistelemällä sairaaloita ja terveystaloja. *Suomen Punainen Risti* 7-8/1945, 154–155

⁶⁸⁵ Vk 1940 Db 1, SHTMK, SH, JyMA.

⁶⁸⁶ Pk 26.12.1940, Ca 1, SHTMK, SH, JyMA.

lahjoittaisi kunnalle neuvolan irtaimiston.⁶⁸⁷ Tässä on huomattava, että lääkäriä veloitettiin tarkastamaan ainoastaan lapsia. Kättilön tehtävänä oli antaa äitiysneuvontaa, johon hän jo lainkin mukaan oli veloitettu. Neuvolan sisustaminen ei tullut kalliiksi, sillä mitään erikoisvälineitä ei tarvittu. Kaksi huonetta eli odotushuone ja vastaanottohuone olivat riittävät. Tärkeimmät instrumentit olivat vauvojen vaaka, iso vaaka ja tuberkuloositutkimuksiin tarvittavat välineet: heftaa, tuberkuliiniruisku ja muutama neula.⁶⁸⁸

Vuoden 1941 aikana tehtiin yhteensä 113 kunnan kanssa sopimukset neuvolan perustamiseksi. (taulukko 12)⁶⁸⁹ Lisäksi Mannerheim-liitolle luovutettiin vuonna 1941 jatkosodan jo käynnistyttyä 15 neuvolakalustoa takaisinvaltatun alueen neuvolatoimintaa varten.⁶⁹⁰ Vuoden 1941 aikana neuvoloita ehdittiin perustaa 90, niistä kolmasosa sijoittui Turun ja Porin läänin, jossa siirtoväkeäkin oli runsaasti. Lastenneuvoloiden määrä siis nousi yli 50 prosenttia sotaa edeltävään aikakauteen nähden.

Taulukko 12. Vuonna 1941 perustetut, Suomen Huollon tukemat neuvolat.

Lääni	Neuvoloiden lukumäärä
Uusimaa	11
Turku ja Pori	35
Häme	14
Viipuri	5
Mikkeli	1
Vaasa	11
Oulu	13
Yhteensä	90

Lähde: SHTMK toimintakertomus 1941, Db1, SH, JyMA.

Eniten siirtoväkeä, 67 000 henkeä, oli vuoden 1941 alussa Turun ja Porin läänissä, jossa tehtiin innokasta kansanterveystyötä ja jossa imeväiskuolleisuus oli ennestään matala. Läänin alueella toimintaa koordinoi Suomen Huollon oma terveydenhoitolääkäri, eräänlainen lääninlääkäri Kerttu Paloniemi, jolla oli työpareinaan SPR:n kaksi tarkastavaa terveyssisarta. Myös paikalliset ”terveydenhoitajattaret ja kunnanlääkärit olivat tarmokkaasti neuvolahankkeessa mukana”. Kerttu Paloniemi totesi toimintakertomuksessa toiveikkaasti, että ”vähitellen herätään huomaamaan profylaktisen toiminnan tärkeys”: tavoitteena oli saada oma neuvola kaikkiin kuntiin. Turun ja Porin läänissä terveystilanne oli ollut hyvä koko talvisodan ajan, eikä siirtoväen keskuudessa ilmennyt epidemioita. Kaikkein innokkaimpia kansanterveystyössä oltiin siis alueella, jossa asiat jo ennestään olivat järjestyksessä.⁶⁹¹

⁶⁸⁷ Pk 9.1.1941. Ca 2, SHTMK, SH, JyMA.

⁶⁸⁸ Pk 9.1.1941. Ca 2, SHTMK, SH, JyMA.

⁶⁸⁹ Suomessa oli vuonna 1940 noin 500 kuntaa.

⁶⁹⁰ Toimintakertomus 1941 Db 1, SHTMK, SH, JyMA.

⁶⁹¹ Kertomus Suomen Punaisen Ristin Turun ja Porin läänin Vapaan Huollon Keskustoimikunnan terveydenhoitotoiminnasta v. 1940. Eb 3, SHTMK, SH, JyMA.

Lasten sairaalapaikat moninkertaistuvat

Suomen Huollon perustamat lastensairastuvat moninkertaistivat yhdellä iskulla lasten sairaalapaikat. Sotaa edeltävinä vuosina Suomessa oli Helsingin Yleisen sairaalan lastensairaalaan 60 sairaansijan lisäksi 40 paikkaa Kirurgisessa klinikassa ja yhteensä parikymmentä muissa klinikoissa. Lisäksi Helsingin ja Tampereen kaupunginsairaaloissa oli lastenosasto ja Turussa toimi yksityisen yhdistyksen ylläpitämä ”Lasten sairastupa”.⁶⁹² Professori Ylppö oli ajanut jo vuosia uutta lastensairaalaan Helsinkiin, mihin hän sai tukea lehdistöltä ja naiskansanedustajilta. Joulukuussa 1936 uutisoitiin kaikissa Helsingin päivälehdissä 40 kansanedustajan vierailu Lastensairaalaan, joka tapahtui Kyllikki Pohjalan aloitteesta.⁶⁹³ Taitavan julkisuuskampanjan ansiosta vuoden 1938 talousarvioissa myönnettiin vihdoin määräraha lastensairaalan rakentamista varten, mutta sotavuodet viivästyttivät rakentamista. Urakkasopimus rakentamisesta solmittiin toukokuussa 1941 ja vasta 1.7.1946 voitiin vastaanottaa ensimmäiset potilaat.⁶⁹⁴

Taulukko 13. Suomen Huollon 1.6.1940 mennessä perustamat lasten sairastuvat

Lääni	Sairastupien määrä	Paikkaluku	Huomautuksia
Uudenmaan	1	20	
Turun ja Porin	5	125	25 paikkaa tuberkuloottisille lapsille
Hämeen	4	80	
Mikkelin	2	30	10 paikkaa yleissairaalan yhteydessä
Kuopion	9	104	Kaikki paikat yleissairaalan yhteydessä
Vaasan	5	67	7 paikkaa yleissairaalan yhteydessä
Oulun	6	69	23 paikkaa yleissairaalan yhteydessä, 20 paikkaa tuberkuloottisille lapsille
Lapin	1	40	
Yhteensä	33	535	

Lähde: Sairaaluettelot 1940–1950. Bd 2, SHTMK, SH, JyMA.

Sekä kiertävistä että kiinteistä lastenneuvoloista ohjattiin siirtoväen lapsia hoitoon lasten sairastupiin, jotka olivat uusi toimintamuoto suomalaisessa terveydenhuollossa. Lastenlinnan johtajatar Agnes Sinervo oli perustanut kesäkuun alkuun 1940 mennessä 33 lasten sairastupaa. (taulukko 13) Paikkoja oli eniten niissä lääneissä, joihin siirtoväki keväällä 1940 sijoitettiin.⁶⁹⁵ Sairaalat oli suunniteltu väliaikaisiksi, mutta vaikeiden majoitusolosuhteiden vuoksi lapsia ei usein voitu kotiuttaa. Lisäksi pelättiin tulevaa talvea, sillä ”vitamiinien ja jopa ruoan puutteenkin takia lasten vastustuskyky tulisi ole-

⁶⁹² Tuuteri 1993, 44; Kaiken kaikkiaan ennen talvisotaa Suomessa oli 269 lasten sisätautipaikkaa.

Leppo 1940, 223–251.

⁶⁹³ Tuuteri 1993, 50.

⁶⁹⁴ Tuuteri 1993, 50–59.

⁶⁹⁵ Sairaaluettelot 1940–1950. Bd 2, SHTMK, SH, JyMA.

maan alhainen”. Varoja oli oltava lastensairastupien ylläpitoa varten myös kevääksi 1941.⁶⁹⁶

Lasten sairastuvat olivat yleensä pieniä, alle 20-paikkaisia, pienimmillään vain viisi paikkaisia sairaanhoitajan tai diakonissan johtamia yksiköitä, jotka eivät välttämättä olleet nykyajan mukavuuksin varustettuja. Kunnanlääkärit kävivät yleensä kerran viikossa tarkastamassa potilaat. Sairastupia perustettiin aluksi kansakouluihin, mutta syksyllä 1940 koulujen jälleen aloitettua toimintansa ne jouduttiin siirtämään milloin minnekin. Uudessakaupungissa sairaala pystytettiin matkustajakoti Urhoon, jossa oli niin ahdasta, että keittiössäkin oli majoitettuna kaksi lasta. Sairaalaan otettiin hyvää perushoitoa ja vahvistavaa ravintoa saamaan aliravittuja ja huonokuntoisia lapsia, joiden vanhemmilla ei ollut puutteellisten asunto- ynnä muiden olosuhteiden vuoksi mahdollisuuksia hoitaa lasta kotona. Esimerkiksi Turun lastensairaalassa keskimääräisen hoitajakson pituus oli 69 päivää ja Hämeen läänin lasten sairaalapaikoilla 56 päivää. Sairaalat muistuttivatkin pitkin hoitajaksoineen pikemminkin lastenkoteja.⁶⁹⁷

Taulukko 14. Nivalan lastensairaalan potilaiden tavallisimmat diagnoosit vuonna 1943.

Diagnoosi	Lukumäärä 1943	Kuolemat 1943
Bronchopneumonia (keuhkokuume)	37	3
Enteritis ac. (suolitulehdus)	22	
Pneumonia crouposa (keuhkokuume)	21	3
Anemia	19	
Tuberculosis	18	6
Eczema (ihottuma)	18	
Rachitis (riisitauti)	17	
Gastroenteritis (vatsatauti)	15	4
Bronchitis ac. (keuhkoputkentulehdus)	15	
Impetigo (märkärupi)	14	
Crusta lactae (maitorupi)	13	
Pertussis (hinkuyskä)	9	

Lähde: Nivalan kunnanlääkärin vuosikertomus 1943. Ebb 30. LKH V, KA.

Sairastupia perustettiin usein paikkakunnille, joilla aikaisemmin oli ollut hyvin niukasti terveystalouksia. Agnes Sinervo totesikin kesällä 1940, että sota-aika ja varsinkin sodanjälkeinen aika olivat antaneet huomattavan sysäyksen monenlaiselle huoltotyölle. Erilaiset järjestöt, jopa yksityiset kansalaisetkin olivat jonkun ”huoltoajatuksen” läpikäynnin. ”Maamme elää nyt todellista huoltoaikakautta.” Sinervo vertasi tilannetta sisällissotaan, joka oli ”antanut vauhtia” lastenkotitoiminnalle. Talvisota taas oli antanut ”huomattavan herätyksen” lasten hoitamiseen, mikä oli tuntunut olevan miltei mahdotonta käytännössä toteuttaa, vaikka ”jokainen valistunut kansalainen sen teoriassa myöntää välttämättömäksi.”⁶⁹⁸ Sinervon kommentissa nousee vahvasti esille

⁶⁹⁶ Leppo, Erkki: *Kertomus...* Saapuneet toimintakertomukset Ebn 3. Suomen Huolto ja SPR. LKHV, KA.

⁶⁹⁷ Lasten sairastupien toimintakertomukset Eb 2; Läänin keskuksen sairaalavuosisikertomukset Eb 3. SHTMK, SH, JyMA.

⁶⁹⁸ *Sairaanhoitajalehti* 1940, 294–296.

ajatus kriisiajan uudistuksia katalysoivasta vaikutuksesta. Kun sisällissota vauhditti lastensuojelua, niin talvisota antoi sysäyksen lastensairaaloiden perustamiselle.

Oulun läänissä sijaitseva huhtikuussa 1940 perustettu Nivalan lastensairaala tuli todelliseen tarpeeseen. Kunnan imeväiskuolleisuus oli vuonna 1940 huimat 146 promillea. 25-paikkainen lasten sairastupa siirrettiin kansakoululta vapaaseurakunnan rukoushuoneeseen, jossa se toimi menestyksekkäästi useita vuosia.⁶⁹⁹ Kunnanlääkäri Karma kävi sairaalassa poikkeuksellisesti joka päivä, sillä laitoksessa oli koko ajan erittäin ”huonoja potilaita, useat tuotu aivan kuolevina”. Alkuun sairaalassa hoidettiin etupäässä siirtoväen lapsia. Sairaala koettiin kuitenkin paikkakunnalla tärkeäksi ja tarpeelliseksi, minkä vuoksi toiminta sai jatkua siirtoväen siirryttyä muualle. Keskimääräinen hoitoaika oli 18,4 päivää vuonna 1943, mitä kunnanlääkäri Karma piti ”verrattain alhaisena”. Taulukosta 14 ilmenee, että lasten että tavallisimmat sairaalahoidon syyt olivat hengitystie- ja suolistotulehdukset sekä ihosairaudet. Tuberkuloosi oli yleinen ja tuhoisa: kolmasosa hoidetuista menehtyi.

Suomen Huollon lastensairaalapaikkojen myötä lasten sairaalahoidon yleistyivät sotavuosina huomattavasti. Professori Ylpön mukaan lisääntynyt lastenneuvolatoiminta ja lastensairaaloiden yleistymisen totuttivat myös vanhemmat tuomaan lapsensa sairaalahoidon, mikä taas puolestaan lisäsi sairaalahoidon kysyntää.⁷⁰⁰ Vuoteen 1943 mennessä valtaosa sairastuvista suljettiin, jolloin Suomen Huollolle jäi 294 lasten sairaalapaikkaa.⁷⁰¹ Osa sairaaloista, kuten Nivalan ja Suomussalmen lastensairaalat jäivät pysyviksi ja jatkoivat toimintaansa sodan päätyttyä, minkä jälkeen lasten sairaanhoito laajeni huomattavasti uusien lastensairaaloiden ja keskussairaaloiden lastenosastojen myötä.⁷⁰²

4.3 Väestön lisääntyminen – olemassaolon peruskysymys

Talvisodan menetykset liitettynä korkean imeväiskuolleisuuteen kohdistivat katseet lapsiin, terveyteen ja syntyvyyteen. Suomalaisten tappiot talvisodassa olivat 26 662 sotatoimissa menehtynyttä ja noin tuhat siviiliä.⁷⁰³ Jo vuoden 1940 puolella tiedettiin, että pienten lasten kuolleisuus oli talvisodan aikana noussut tietyillä alueilla Suomessa tavattoman korkeaksi, vaikka valtakunnalliset tilastot kuolleisuudesta valmistuivat vasta keväällä 1941.

Vuoden 1940 valtakunnallinen imeväiskuolleisuus oli ennätysmäisen korkea, 88 promillea, mikä selittyi lähes täysin Lapin ja Oulun läänin siirtoväen lasten korkealla epidemiakuolleisuudella. Kun Oulun läänin ja Lapin läänin imeväiskuolleisuus kaksinkertaistui vuonna 1940, pysyi Uudenmaan läänin

⁶⁹⁹ Lasten sairastupien toimintakertomukset Eb 2, SHTMK, SH, JyMA.

⁷⁰⁰ Pk 1.9.1942. Ca 4, SHTMK, JyMA.

⁷⁰¹ Sairaalapaikkoja oli vuonna 1943 yhteensä 1108. Ebn 3, LKHV, KA.

⁷⁰² Tuuteri 1993, 72.

⁷⁰³ *Talvisodan pikkujättiläinen* 1999, 451–474.

luku lähes ennallaan.⁷⁰⁴ Talvisodan aikana alle yksivuotiaiden varsinainen sotakuolleisuus oli vähäinen, mutta sairauksien aiheuttama ylikuolleisuus voidaan arvioida yli 1000 imeväiseksi.⁷⁰⁵ Ylikuolleisuutta ilmeni myös Iso-Britanniassa, jossa laajamittaiset evakuoinnit ja kaupunkien pommitukset nostivat imeväiskuolleisuutta vuosina 1940 ja 1941.⁷⁰⁶

Talvisodan päättymispäivänä 13.3.1940 ulkoministeri Väinö Tanner lausui radiopuheessaan kuuluisat sanansa ”Meidän ainoa vikamme oli, että meitä oli liian vähän”.⁷⁰⁷ Puhe aktivoi väestöpoliittisen keskustelun, joka Reino Lennon mukaan oli 1930-luvun puolivälin jälkeen hetkeksi laantunut. Syntyvyys oli 1930-luvun alun laman seurauksena notkahtanut, mutta vuosikymmenen loppupuolella elintason noustua oli jälleen noussut. Keskustelu sai jo talvisodan aiheuttamien suurten miestappioiden vuoksi vahvan pronatalistisen, väestön lisäämiseen tähtäävän painotuksen.⁷⁰⁸ Väestön laadun ja määrän kohottamisen puoltajia löytyi lopulta koko poliittiselta kentältä. Pronatalistisesta väestöpolitiikasta tuli viimeistään vuonna 1941 valtiollinen kysymys. Presidentti Risto Ryti painotti uudenvuodenpuheessaan vuonna 1941 väestön lisääntymisen olevan ajan oloon ”kansamme olemassaolon peruskysymys”. Tämän vuoksi kaikki väestön ”tervettä kasvua” hidastavat syyt oli mahdollisuuden mukaan poistettava.⁷⁰⁹ Väestö- ja perhepoliittiseksi keskusjärjestöksi perustettiin helmikuussa 1941 poliittisesti laajapohjainen Väestöliitto, jossa myös valtiolta oli edustettuna. Väestöliiton toiminta suuntautui pääasiallisesti perheiden elinehtojen parantamiseen. Tähän päämäärään liitto pyrki aikaansaamalla ja kehittämällä perhelisäjärjestelmää, edistämällä väestöpoliittisesti ”tarkoitukse mukaisemman” verotusjärjestelmän luomista ja valvomalla perheellisten etuja palkkauskysymyksissä.⁷¹⁰

⁷⁰⁴ Kts kuvio 4 sivulla 188. Oulun lääni 141,4 %, Lapin lääni 165,8 % ja Uudenmaan lääni 56,7 %. SVT VI *Väestötilasto A. Väestönnuutokset vuosina 1941 -1945. Tauluja*. Tilastoja vääristää jonkin verran syntyvyyden lasku. Vuonna 1939 syntyi noin 78000 lasta, kun vuonna 1940 taas syntyi noin 66 000 lasta, eli 12 000 lasta vähemmän. Kanniston mukaan oikaistu imeväiskuolleisuus oli vuonna 1940 80,3 %. Vastaavasti vuoden 1941 imeväiskuolleisuus 59,1 % oli oikaistuna 65,4 %. Kannisto 1945, 135.

⁷⁰⁵ Korppi-Tommola esittää sotavuosien 1939–1945 sotakuolleisuudeksi 230 lasta, joka on kansainvälisesti katsoen tavattoman alhainen luku. Korppi-Tommola 2008, 446. Vuoden 1937 ja 1938 noin 68 % imeväiskuolleisuuden mukaan vuonna 1940 alle 1-vuotiaita lapsia olisi pitänyt kuolla noin 4500, (syntyneitä 65849) mutta kuolleiden lukumäärä oli 5794. SVT VI. *Väestötilasto A. Väestönnuutokset vuosina 1941–1945. Tauluja*.

⁷⁰⁶ Titmuss 1950, 291–292.

⁷⁰⁷ Rauttamo 1980, 2.

⁷⁰⁸ Lento 1946, 77. Negatiivinen eugeniikka jäi taustalle noustakseen sodan jälkeen taas uudelleen esiin. Sterilisaatiolakeja uusittiin vuonna 1950. Lain mukaan sallittiin myös rotuhygieeniset abortit, joiden saamisen ehtona oli samanaikainen sterilointi. Steriloimislaki 83/1950. Harjula 2015, 202–203

⁷⁰⁹ Rauttamo 1980, 10.

⁷¹⁰ Liiton puheenjohtajaksi valittiin FT V.J. Sukselainen sekä varapuheenjohtajiksi FT Elsa Enäjärvi-Haavio ja professori, gynekologi Aarno Turunen. Arvovaltaisen, asiantuntijapainotteisen hallituksen jäseniä olivat muiden muassa ylilääkäri, lastenlääkäri Paavo Heiniö, kouluneuvos Erik Mandelin Mannerheim-liitosta, sosiaalidemokraattinen kansanedustaja Martta Salmela-Järvinen, lääkintöneuvos Severi Savonen sekä sosiaaliministeriön edustajina hallitusneuvos Niilo A. Mannio ja sosiaaliministeriön tarkastava lääkäri LT Rakel Jalas. Väestöliiton historia, kts. esim. *Perheen puolesta* 1991; Nieminen 1946, 87–89.

Väestöpoliittinen keskustelu alkoi kesällä 1940 ja jatkui jossain muodossa sodan loppuun asti.⁷¹¹ Siinä voidaan erottaa toisiinsa usein limittyneet terveydenhoidolliset, pronatalistiset ja sosiaalipoliittiset argumentit. Enimmäkseen lääkäreiden ylläpitämä terveydenhoidollinen keskustelu käsitteli keinoja, joilla Suomen kanssa saataisiin terveemmäksi ja vahvemmaksi, minkä seurauksena kuolleisuus vähenisi ja väestön määrä nousisi. Tärkeimmiksi keinoiksi tavoitteen saavuttamiseksi nähtiin terveyden- ja sairaanhoidon kehittäminen erityisesti äitien ja pienten lasten kohdalla perustamalla neuvoloita, rakentamalla synnytys- ja lastensairaaloita, ottamalla uusia rokotteita ja suojaravinteita käyttöön sekä tehostamalla yleensäkin hoidon saatavuutta.⁷¹²

Sosiaalipoliittisia painotuksia nähtiin varsinkin sosiaalidemokraattien puheenvuoroissa, joissa Ruotsin esimerkkiä myötäillen korostettiin perheiden taloudellista tukemista lasten kasvattamisen helpottamiseksi.⁷¹³ Pronatalistiset argumentit olivat militantteja ja moralisoivia ja voimistuivat jatkosodan aikana. Tyypillinen esimerkki on *Kotiliesi*-lehdessä lokakuussa 1940 ilmestynyt ”Sielunpaimenen” laatima kirjoitus *Enemmän lapsia Suomeen*:

*Kansamme nostaa rohkeasti tunnuslauseen: enemmän lapsia Suomeen! Kansamme on tultava hujaksi ja voimakkaaksi. Sen on työllään pantava maa kukoistamaan, niin ettei tänne vierasta väkeä tarvita toteuttamaan niitä mahdollisuuksia, joita viljelyksellä on tässä pohjoisessa maassa. Täällä tarvitaan taajoja rivejä, jotka puolustavat rajojamme. Täällä on tilaa suuremmalle Suomen kansalle ja elinmahdollisuuksia kyllin.*⁷¹⁴

Vahvana ideologisena taustana väestöpoliittisessa keskustelussa toimi Oswald Spenglerin teos *Länsimaiden perikato* (*Der Untergang des Abendlandes*), joka ilmestyi vuosina 1918–1922. Jo ennen ensimmäisen maailmansodan puhkeamista Spengler oli tullut siihen johtopäätöksen, että länsimainen kulttuuri oli tiensä päässä, tuhon partaalla. Sodan jälkeen Spenglerin ajatuksilla oli erityistä kysyntää, sillä päättynyt katastrofi oli helppo tulkita lopun enteeksi. Spenglerin mukaan kulttuurit syntyvät, kasvavat, kukoistavat ja vähitellen hiipuvat kohti väistämätöntä kuolemaa. Vaikka teos suomennettiin vasta vuonna 1961⁷¹⁵, oli Spengler tuttu suomalaisille intellektuelleille, sillä hän kävi jo syksyllä 1924 luennoimassa Turun yliopistossa täydelle salille. Hannu Salmen mukaan perikato ymmärrettiin jo Spenglerin aikana vaihtelevin tavoin. Suomessa se saattoi helposti yhdistyä Venäjällä tapahtuneeseen vallankumoukseen ja hiipivään kommunismin pelkoon.⁷¹⁶

V.A. Koskenniemi tutustutti suomalaiset Spengleriin, ”ensimmäiseen länsimaiden perikadon profeettaan” vuonna 1931 ilmestyneessä *Symphonia Eu-*

⁷¹¹ Lento 1946, 77.

⁷¹² Leppo 1940 ja 1941; Salmi 1940 ja 1944.

⁷¹³ *Toveritar*-lehdessä useista artikkeleita vuosina 1941–1942.

⁷¹⁴ *Kotiliesi*, lokakuu 1940.

⁷¹⁵ Teoksen suomensi vuonna 1961 lyhennettynä Yrjö Massa. Spengler 2002[1961].

⁷¹⁶ Salmi, Hannu 2012. Verkkolähde.

ropaea-kirjassaan.⁷¹⁷ Talvisodan jälkeen Suomessa lähdettiin etsimään pronatalismille perusteita Spenglerin aatemaailmasta. Lapsirajoituksen katsottiin olevan ilmentymä länsimaiden moraalisesta rappiosta ja itsekkyydestä. Vähenevän väestön luoma tyhjä tila vetäisi puoleensa laajenevaa väestöä. Spenglerin ajatuksia yhdistettiin ”idän uhkaan”, joka talvisodan jälkeen oli toki konkreettistakin.⁷¹⁸

Armas Nieminen, tuleva sosiaalipolitiikan professori, nousi suomalaisen väestöpolitiikan teoreetikoksi teoksellaan *Väestökysymys entisinä aikoina ja nykyään*, jonka sivuilta löytyvät aikalaieskustelussa käytetyt käsitteet ja argumentit. Teos oli alkulauseen mukaan kirjoitettu vuoden 1940 puolella, jolloin talvisodan kokemukset olivat tuoreina mielessä ja väestökysymys sodan suurten miestappioiden vuoksi polttava.⁷¹⁹ Väestöpolitiikka voitiin jakaa kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen väestöpolitiikkaan. Nieminen keskittyi kuitenkin teoksessaan enimmäkseen kvantitatiiviseen väestöpolitiikkaan, joka muodostui aivan erilaiseksi riippuen siitä, haluttiinko väestön määrää pitää ennallaan, vähentää tai kasvattaa. Tähän vaikutti maan asukastiheys mutta myös, rajoittuiko se ”voimakkaasti lisääntyviin kansoihin, jolloin oli olemassa ’tyhjiön’ syntymisen vaara omassa maassa”.⁷²⁰

Niemisen mukaan aikaisemmin tehtyjen laskelmien mukaan avioliittoa kohden tarvittaisiin keskimäärin neljä lasta, jotta väkiluvun kasvu olisi varma. Luvussa ei vielä ollut otettu huomioon sodan vähentävää vaikutusta luonnolliseen väenlisäykseen.⁷²¹ Tärkein selitys alentuneelle syntyvyydelle oli se, että ihmiset eivät enää halunneet saada yhtä paljon lapsia kuin ennen ja että he olivat myös voineet toteuttaa tämän tietoisien pyrkimyksen ehkäisyvälineiden avulla.⁷²² Nieminen näki merkittäväksi syyksi myös naisten ansiotyön yleistymisen, sillä oli luonnollista, että kotona työskentelevä nainen halusi enemmän lapsia kuin kodin ulkopuolella työskentelevä ansioäiti. Niemisen käsityksen mukaan naisten ansiotyö vaikutti usein epäedullisesti heidän ”fyysillisiin edellytyksiinsä saada monta tervettä ja voimakasta lasta”.⁷²³

Taloudelliset syyt syntyvyyden alenemisessa olivat ristiriitaiset, sillä syntyvyys oli laskenut taloudellisesti turvatussa asemassa olevan väestön piirissä, kun taas suurimmat perheet löytyivät köyhän väestön parissa. Selitykseksi Nieminen tarjosi kaikkein kurjimpien vähäistä mahdollisuutta taloudelliseen nousuun, jolloin sen sijaan että eletäisiin suunnitelmallisesti, ”seura-

⁷¹⁷ Karkama 1999, 41. Vuonna 1934 suomennetussa Spenglerin teoksessa ”Ratkaisun vuosia” nostettiin esiin uhka ”värillisestä maailmanvallankumouksesta”. Kirjassa todettiin voimakkuuden olevan ratkaiseva tekijä rotujen välisessä kilpailussa. Voimakkuus osoittautui ”siinä itsestään selvässä alkuvoumaoisessa hedelmällisyydessä, lapsirikkaudessa jonka historiallinen elämä voi kuluttaa milloinkaan sitä ammentamatta tyhjiin”. Suuren syntyvyyden takaamat ”voimakkaat pataljoonat” antoivat talouselämällekin turvaa, voimaa ja sisäistä rikkautta. Spengler 1934, 216–217.

⁷¹⁸ Saraste 1938; Rantasalo 1939.

⁷¹⁹ Nieminen määritteli väestökysymyksen kysymykseksi siitä, ”mihin suuntaan väestöolot vallitsevissa olosuhteissa kehittyvät, mihin suuntaan tuota kehitystä olisi pyrittävä ohjaamaan ja mitä keinoja käyttämällä tarkoitettu vaikutus parhaiten saataisiin aikaan”. Nieminen 1941, 8.

⁷²⁰ Nieminen 1941, 22–23.

⁷²¹ Nieminen 1941, 83.

⁷²² Nieminen 1941, 92.

⁷²³ Nieminen 1941, 100–101.

taan sokeasti luonnollisia viettejä”.⁷²⁴ Tärkeintä oli nostaa lisääntymistahtoa. Jokainen perhe ja kansalainen oli vastuussa siitä, ettei ”kansamme ala kulkea surkastumistaan kohti”. ”Uhrautuvaisuuden periaatteen” oli saatava tarpeeksi laaja sija kansalaisten keskuudessa. Nieminen viittasi Spengleriin todetessaan väestöongelman kärjistyneen ”erikoisesti Euroopan sivistyspiirin edistyneimpien kansojen keskuudessa”, mikä osaltaan tuki ennustusta länsimaiden perikadosta.⁷²⁵

”Suomen kansa kulkee tuhoansa kohti”

Terveydenhuollon asiantuntijoiden käyttämä väestöpoliittinen retoriikka alkoi terävöityä, kun Suomi joutui kesällä 1941 taas sotatilaan, tällä kertaa Saksan liittolaisena. Positiivinen ja negatiivinen eugeniikka kietoutuivat toisiinsa vuosina 1941 ja 1942 kirjoitetuissa artikkeleissa. Esimerkkiä otettiin Saksasta, jossa syntyvyys oli saatu nousemaan erilaisin perhepoliittisin toimin, mutta jossa myös väestön ”laadullinen parantaminen” oli laajamittaista. Julkisuudessa tunnettujen ja näkyvien kansanterveysaktivistien kirjoituksissa alkoi näkyä siirtyminen terveys- ja sosiaalipoliittisista argumenteista vahvempiin pronatalistisiin painotuksiin.⁷²⁶ Kirjoituksia oli sekä maallikko- että terveydenhuollon ammattilehdissä. Porvarillisessa *Kotiliesi*-lehdessä käytiin vuosina 1940–41 väestöpoliittista debattia, johon osallistui myös joitakin lääkäreitä. Gynekologit ottivat osaa keskusteluun nostamalla esiin sukupuolitautilien ja laittomien aborttien jälkiseurauksena ilmenevän lapsettomuuden sekä lääketieteen mahdollisuudet auttaa lapsettomia pareja. Ajatus väestöstä elävänä yksilöimättömänä ”aineksena”, jota ”käytettiin” esimerkiksi rintamalla tai muuten isänmaallisiin tarkoituksiin, nousi useissa artikkeleissa esiin. Näin abstraktisilla ilmaisuilla siirrettiin ajatus pois elävistä, hengittävistä ihmisistä. Gynekologi Mauno Rauramon käsityksen mukaan suurperheiden lapsista tuli kansakunnalle ”käyttökelpoisempaa ainesta”. Rotuhygieenisessä keskustelussa oli samoin 1930-luvulla Mianna Meskuksen huomion mukaan käytetty abstrahoituja ja yleistäviä ilmaisuja kuten ”ihmisaines” tai ”steriloitava materiaali”.⁷²⁷

Kiinnostavin tapaus on Severi Savonen, joka käytti vuoden 1939 maaseudun terveydenhoitokomitean mietinnössä neutraalia virkamieskieltä, ja argumentit kunnallisten lastenneuvoloiden perustamiselle olivat taloudellisia. Huoltopolitiikkaan kuului ennaltaehkäisevä terveydenhuolto.⁷²⁸ Vuonna 1941

⁷²⁴ Nieminen 1941, 98–99.

⁷²⁵ Nieminen 1941, 115, 119–120.

⁷²⁶ Väestöpoliittisen komitean jäsen Viljo Rantasalo esitti kuitenkin pronatalistisia kannanottoja jo ennen talvisotaa. Syntyvyyden lasku oli Rantasalon mukaan ilmentymä länsimaisesta kulttuurista, jota odotti Spenglerin jo 1917 ennustama perikato, ellei syntyvyyttä saada nousemaan. Rantasalon mielestä lastensuojelun terveimpänä väestöpoliittisena tehtävänä oli lasten kuolleisuuden pienentäminen ja fyysinen kunnon parantaminen. Hän ehdotti lakia valtion avustuksista, jonka turvin saataisiin lastenhoidon neuvontatyö järjestetyksi kautta maan. *Lapsi ja nuoriso* 1939; Rantasalo, *Acta Societatis Medicorum Fennicae* 1939

⁷²⁷ *Kotiliesi* 1940, 379–380, 455. Mianna Meskus on viitannut Matias Tydénin. Meskus 2009, 46.

⁷²⁸ Kom miet 1939:9.

Savonen nosti esiin väestön määrän ja laadun pamfletissaan *Kansanterveys-työtä tehostamaan!*⁷²⁹ Teksti painottui vahvasti positiiviseen eugeniikkaan, sillä ”kansamme olemassaolo näet edellyttää ei vain väestön voimakasta lisääntymistä vaan myös sen laadun kohottamista mahdollisimman korkealle tasolle”.⁷³⁰ Savosen toi teoksessa esiin sosiaalihygieenisen näkemyksen väkiluvun lisäämisestä tehostamalla terveydenhoito- ja neuvontatyötä, äitiys- ja pikkulastenhuoltoa sekä tuberkuloosihuoltoa, joka Savosenkin käsityksen mukaan oli ”tuloksellista positiivista väestöpolitiikkaa!”⁷³¹ Kansanterveystyö oli ”tulevaisuuteen tähtäävää isänmaallista työtä” ja samalla ”tehokasta työtä puolustusvoimamme vahvistamiseksi”.⁷³²

Jatkosodan aikana keväällä 1942 Savonen julkaisi ahkerasti kirjoituksia, joiden päällimmäisenä tarkoituksena oli saada tukea terveydenhoidollisille uudistuksille, mutta joissa argumentit olivat väestöpoliittisia ja rotuhygieenisiä.⁷³³ Lääkäreille suunnatussa artikkelissa *Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä* Savonen kuvasi kuinka ”Suomen kansa kulkee tuhoansa kohti. Tämä ei tule ulkonaisen vihollisen taholta vaan sisältäpäin”. Kysymys kansamme lisääntymisestä ei ollut vain puolustuskysymys, se oli yksinkertaisesti ”kansamme olemassaolon kysymys”. Artikkelissa esiteltiin sekä positiivisen että negatiivisen eugeniikan keinoja, joilla väestön määrään ja laatuun voitaisiin vaikuttaa. Terveydenhoidollisin toimenpitein, kuten äitiys- ja lastenhuollon, tuberkuloosihuollon sekä kulkutautien vastustamisella rokotuksin Savonen arveli voivansa säästää elämälle ainakin 5000 henkeä, enimmäkseen imeväisiä, mutta myös synnyttäviä äitejä. Toisaalta väestön laatuun oli kiinnitettävä huomiota. Kysymys vajaakkyisten henkilöiden sterilisoinnista vaati entistä voimaperäisempiä otteita. Sterilisaatiolaki olisi mitä pikimmin uusittava, sillä laki oli osoittautunut tehottomaksi.⁷³⁴

Helmikuussa 1942 Savonen kävi sivistyneistön kimppuun *Uudessa Suomessa* moittimalla sivistyneistön omaksumaa ”mukavuudenhalun ja elämänpelon kulttuuritautia nimeltään kaksilapsijärjestelmä”. Jotta kansan väkiluku pysyisi ennallaan, olisi perheessä oltava neljä lasta. Mutta koska väestön oli lisäännettävä, mikä merkitsisi se ”viimeaikaiset ankarat menetykset” huomioiden, vähintään 5–6 lasta ”normaalissa perheessä”. Jos tämä tauti [kaksilapsijärjestelmä] jo olisi jo ehtinyt ”pieneläjiemme piiriin”, mistä sil-

⁷²⁹ Teos pohjautui maaseudun terveydenhoitokomiteanmietintöön ja oli omistettu Suomen maaherroille. Savonen 1941.

⁷³⁰ Savonen 1941, 7.

⁷³¹ Savonen 1941, 13.

⁷³² Savonen 1941, 55.

⁷³³ Savosella oli todennäköisesti tiedossa, että väestökomitea aikoi lähitulevaisuudessa tuoda valtioneuvostolle esityksen äitiys- ja lastenneuvoloista, joiden rahoitukseen valtio osallistuisi huomattavalla panoksella.

⁷³⁴ Savonen *SLA* 1942, 52–60. Lukuja käytti väestöpoliittisena argumenttina jo 1700-luvulla Ruotsissa lääkäri Nils Rosén von Rosenstein ja 1920-luvulla Ylppö. Kts luku 2. Sterilisaatiolain muuttamiseksi perustettiin Väestöliiton aloitteesta vuonna 1943 komitea, jonka esityksestä lakia tiukennettiin vuonna 1950. Meskus 2009, 53.

loin olisi otettu se ”sankariarmeija, jota saamme kiittää siitä, että itsenäisen Suomen valtakunta vielä on olemassa?”⁷³⁵

Terveystieteidenlehdessä, siis maallikoille suunnatussa artikkelissa *Rotu ja terveys. Rodun heikkenemistä on käytävä torjumaan*, Savosen näkökulma oli jo vahvasti rotuhygieeninen. Savonen siteerasi Ranskan marsalkka Petainia, joka Väinö Tannerin tavoin oli lausunut Ranskan luhistumisen jälkeen ”meillä oli liian vähän lapsia”. Savosen mukaan kansa, jolla ei ole riittävästi lapsia, on tuomittu tuhoutumaan. Hän oli käynyt hiljakkoin Saksassa, jossa syntyvyys oli kuitenkin lähtenyt nousuun. Hänellä olikin paikallisesta terveydenhuollosta paljon, ja suorastaan ylistävää sanottavaa.⁷³⁶ Savosen artikkelin nykylukijan kannalta hämmäntävin osa käsitteli rotuhygieniää. Samalla kun Saksassa oli kiinnitetty huomiota kansan syntyvyyteen, oli siellä otettu kysymys väestön laadusta vakavan ja määrätietoisesti käsitellyn alaiseksi ja ryhdytty toimenpiteisiin sen parantamiseksi. Savosen huomiota kiinnitti se ”ensiluokkainen asema”, joka Saksan kansanterveystyössä oli rotuhygienialla, erikoisesti mitä tuli ”toimenpiteisiin perinnöllisten tautien hävittämiseksi kansanruumiista”.⁷³⁷ Omassa kommentissaan Savonen korosti valtion velvollisuutta huolehtia siitä, että ”kansan laatu paranee”.

*Nykyinen yhteiskunnallinen kehitys on vienyt siihen, että vajaa-arvoiset yksilöt ovat kulttuurimaissa yhteiskunnan erikoisen huolenpidon kohteena. Se luonnollinen valinta, joka ennen vähensi elinkelvottomien lukua, ei enää ole yhtä voimakkaana vaikuttamassa. Toisaalta, kuten jo mainittiin, on tunnettua että syntyväisyys vajaaälyisten ja muuten vähempiarvoisten yhteiskunnanjäsenten joukossa on suurempi kuin korkeampitasoisten keskuudessa. Sellaiset yhä lisääntyvät taudit kuin perinnölliset mielitaudit muodostavatkin jo nykyaikaisessa kulttuuriyhteiskunnassa suuren probleemin ja vaativat suunnattomasti varoja.[...] Samoin kuin valtion velvollisuus on huolehtia kansan ulkonaisten elinehtojen paranemisesta ja kansanterveyden saattamisesta yhä korkeammalle tasolle, on sen myös huolehdittava siitä, että kansan laatu paranee.*⁷³⁸

Savosta miellytti myös saksalaisten lääkärien korkea yhteiskunnallinen asema ”ei vain sairaiden hoitajina, vaan kansan kasvattajina”. Hän oli tutustunut paikalliseen terveydenhoitotoimistoon (*Gesundheitsamt*), jonka alue käsitti 50–60000 asukasta. Toimistoa johtava valtion virkalääkäri (*Amtsarzt*) vastasi alueellaan terveydenhuoltotyöstä, joka kohdistui äiteihin ja imeväisiin, tuberkuloosiin, sukupuolitauteihin ja ”raajarikkoihin”. Hän oli myös ”tärkeä toimihenkilö rotuhygienian alalla”.⁷³⁹ Terveystieteidenhoitotoimistot olivat eräänlaisia terveystaloja, joita Savonen samoihin aikoihin suunnitteli Suo-

⁷³⁵ Savonen: Syntyväisyys ja maamme sivistyneistö. *Uusi Suomi* 19.2.1942. Ua 22 Lehtileikkeet MLL, KA. Artikkelin liittyi oletettavasti Väestöliiton lähestyvään vuosipäivään, joka vietettiin suurin juhlallisuuksin 26.2.1942 valtioneuvoston juhla-kerroksessa sosiaaliministeri K. A. Fagerholmin kutsumana. *Uusi Suomi* 27.2.1942.

⁷³⁶ Savonen kävi ainakin syyskuussa 1941 Salzburgissa Saksan kutsumana Paracelsus-juhlassa, johon hän sai matkarahat valtioneuvostolta. Hietala 2006, 87–88.

⁷³⁷ Savonen *THL* 1942, 62–63.

⁷³⁸ Savonen *THL* 1942, 64–65.

⁷³⁹ Savonen *THL* 1942, 66.

meen. Rotuhygieenisää toimistoja hän ei kuitenkaan julkisesti ehdottanut perustettavaksi. Savosen rotuhygienia-artikkelin loppuponsi oli dramaattinen. ”Kun Saksa paraikaa suorittaa suurisuuntaista, tekisi mieli sanoa maailmanhistoriallista työtä kansan laadun parantamiseksi, antaa se meillekin erittäin vakavaa ajattelemisen aihetta.”⁷⁴⁰ Näin Savosen argumentaatio muuttui 3–4 vuodessa taloudellista tehokkuutta painottavasta sosiaalihygieenisestä väkevän pronatalistiseksi. Artikkelin on julkaistu vuoden 1942 alkupuolella, ja jo saman vuoden lopulla Saksan sotamenestys alkoi hiipua. Savonen ei enää myöhemmin palannut Saksan terveydenhuoltojärjestelmään.

Saksan perhepolitiikka kiinnosti muitakin kuin lääkäreitä. FM Leila Rantasalo⁷⁴¹, esitteli syksyllä 1941 *Huoltajassa* Saksan perhepolitiikkaa. Hän mainitsi avioliiton solmimisen edeltävän ”ennakkohuollon” eli vuosina 1933 ja 1935 säädetyt perinnöllisyys- ja rotupuhtauslait, jotka ”pyrkivät suojaamaan kotia nimenomaan jälkipolvea perinnöllisiltä taudeilta ja roturasituksetta”. Tätä varten toimi neuvonta-asemia kaikissa ”valtion terveysvirastoissa”, joita yhä useammat käyttivät vapaaehtoisesti. Vähää ennen avioitumista tulivat kaikkien paperit automaattisesti näihin toimistoihin. Rantasalo kertoi kommentoimatta itse asiaa, että ”tällaisen talon tuberkuloosi-, hermotauti-, koululapsi- ja pikkulapsineuvoloista kertyy avioliittoneuvoloille valaiseva kortisto, ja paljon esitietoja on näin ollen käytettävissä avioliittopaperien saapuessa”. Äidit saivat lapsensa terveydenhoito-ohjausta neuvonta-asemilla, jotka ovat joko valtion tai NSV:n⁷⁴² ylläpitämiä. Rantasalon mukaan neuvonta-asemat olivat pakollisia, sillä ”näihin hänen on pakko viedä lapsensa ainakin 3 kk vanhana riisitautitutkimusta varten ja saa tällöin säännöllisesti lastaan varten tätä tautia ehkäisevää lääkettä”.⁷⁴³

Sigrid Stöckel on väitöskirjassaan Berliinin lasten terveysneuvonnan kehityksestä käsitellyt Savosen ja Rantasalon kuvaamia terveydenhoitotoimistoja, jotka perustettiin alkujaan Weimarin Saksassa kokonaisvaltaisen ja keskitetyn terveydenhuollon perusyksiköiksi ja joiden kunnianhimoisena tavoitteena oli kortistoida koko väestön terveystiedot⁷⁴⁴. Alun perin edistykselliseksi mielletty järjestelmä kääntyi itseään vastaan, kun väestön kortistointi palveli myöhemmin kansallissosialistisessa Saksassa rotuhygieenistä seulontaa, avioliittoneuvontaa ja mahdollisia eugeenisia toimenpiteitä, kuten sterilointeja.⁷⁴⁵

Väestöpoliittiseen keskusteluun osallistui lopulta myös professori Ylppö, joka aikaisemmin oli pysytellyt aiheesta loitolla. Jatkosodan kynnyksellä toukokuussa 1941 artikkelissaan *Lastenhuollon kehityksestä ja järjestelystä*

⁷⁴⁰ Savonen *THL* 1942, 67.

⁷⁴¹ Väestökomitean jäsenen, lääkäri Viljo Rantasalon vaimo.

⁷⁴² Nationalsozialistische Volkswohlfahrt. Vuonna 1932 perustettu kansallissosialistisen puolueen avustusjärjestö. Verkkolähde.

⁷⁴³ Rantasalo, Leila 1941, 391–394.

⁷⁴⁴ Samanlainen tavoite oli myös 1920-luvulla Folkhälsanilla Suomen ruotsinkielisissä kunnissa. Kts. luku 2.

⁷⁴⁵ Stöckel 1996, 302–307, 376, 386.

Ylppö totesi Suomen olevan tavallaan mukana Spenglerin esittämässä länsimaiden häviössä syntyvyyden edelleen laskiessa, mutta näin ei kuitenkaan tarvitsisi tapahtua. Jos Saksan tavoin vapauduttaisiin pessimistisestä maailmankatsomuksesta, tuloksena saattaisi olla nopeakin väestön lisääntyminen. Myös Ylppö asettui julkisesti puoltamaan sterilisaatiolainsäädäntöä liittämällä eugeeniset sterilisaatiot osaksi lastensuojelua. Sterilisaatiolaki oli osa huoltolainsäädäntöä, jolla yhteiskunnan kustannuksia ajateltiin vähennettävän. Lastensuojelun kustannusten odotettiin pienenevän, jos laitoksiin sijoitettavia tai kallista hoitoa vaativia lapsia ei enää syntyisi yhtä paljon.

Mutta ei vain ulkoiset, vaan myös perinnölliset seikat aiheuttavat usein alarvoisen yksilön syntymisen ja kehittymisen. Tunnettuaahan on, miten esim. epilepsia, sokeritauti sekä erilaiset mielisairaudet y.m. voivat siirtyä jälkeläisiin. Yhteiskunnalliseen ehkäisevään lastensuojeluun täytyy näin ollen liittyä erinäisiä toimenpiteitä, jotka sopivalla tavalla estävät vaikeita perinnöllisiä tauteja sairastavia yksilöitä jatkamasta sukua tai menemästä naimisiin. [...]

Suomen lainsäädäntö (kuten sterilisaatiolaki ja laki epileptisten naimisiinmenosta) on tässä suhteessa tehnyt jo pieniä aloitteita yhteiskunnan suojaamiseksi vaikeita perinnöllisiä sairauksia potevien jälkeläisiltä. Mutta koko lääkärinkunnan ja suuren yleisön myötävaikutus ja rotuhygienisten seikkain oikea ymmärtäminen ja arvostaminen ovat välttämättömiä, jotta tällä lasten- ja rotuhuollon erikoisalalla päästäisiin nykyistä parempiin tuloksiin.⁷⁴⁶

On muistettava, että eugeeninen sterilisaatio oli lainmukainen ja lääkärin keskuudessa yleisesti hyväksytty toimenpide. Asettumalla puoltamaan sterilisaatioita Ylppö osoitti olevansa ”aikansa lapsi”. On kuitenkin kiinnostavaa, että hän juuri vuonna 1941 ensimmäisen kerran julkisesti otti asian esille. Artikkelit käsitteli muuten tuttua teemaa, lastenhuollon järjestelyä Suomessa, jossa Ylppö näki talvisodan aiheuttamien menetysten luoneen tilaisuuden lasten terveydenhuollon kohentamiseksi.

Tätä psykologisesti kiitollista ja sopivaa hetkeä on meidän nyt käytettävä hyväksemme saadaksemme lasten meillä monessa suhteessa hyvinkin puutteellisen terveydenhuoltotilanteen kohoamaan.⁷⁴⁷

Viittaus sterilisaatiolainsäädäntöön tuntuu täysin irralliselta. Tulee väistämättä mieleen, että tietäessään lastenhuoltotyön vaativan lisää varoja sodan köyhdyttämässä maassa Ylppö antoi näin ymmärtää, että lastenhoidon kulut suunnattaisiin nimenomaan kehityskelpoisiin, tulevaisuudessa tuottaviin yksilöihin. On ilmeistä, että myös Ylppö oli eugeenikko, että hän arvotti ihmisiä heidän perimänsä perusteella. Hänen tehtävänsä oli kuitenkin toimia ja vaikuttaa positiivisen eugeniikan puolella auttamalla yksilöitä saavuttamaan ”täyden geneettisen potentiaalinsa”.

⁷⁴⁶ Ylppö 1941, 62.

⁷⁴⁷ Ylppö 1941, 61.

Vahvaa retoriikkaa harjoittavia puolustus- ja väestöpoliittisia artikkeleita julkaistiin pääosin vuosina 1941 ja 1942. Syitä lienee useita. Suomi kävi Saksan rinnalla vielä toistaiseksi voitollista sotaa, ja suurentuva Suomi oli kansoitettava. Toisaalta käytiin myös kamppailua niukoista resursseista, sillä suunnitteilla oli valtion varoja vaativa kansanterveydellinen lakikokoelma. Jostakin oli osoitettava säästöjä, joita Savonen ja Ylppö hakivat negatiivisesta eugeniikasta. Kun kehityskelpoisia lapsia vaalittiin, jotta heistä kasvaisi terveitä, työ- ja myös taistelukykyisiä nuoria, oli samalla vähennettävä yhteiskunnan taloudellista taakkaa eugeenisten sterilisaatioiden avulla estämällä vajaakykyisten ja huollettavien syntymistä. Oli taottava, kun rauta oli kuuma – argumentit oli valittava ajankohdan mukaisesti. Puolustuskykyyn vetoaminen oli sotaa käyvässä maassa erityisen tehokasta. Saksan erinomaiseen väestöpolitiikkaan viittaaminen hiipui vuonna 1943 Saksan heikentyneen sotamenestyksen myötä.

4.4 Lasten terveydenhuollon ohjelma

Samalla kun Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunta omalla tahollaan kannusti kuntia perustamaan neuvoloita, oli myös lääkintöhallitus aktiivinen. Ensinnäkin käynnistettiin jo pitkään suunniteltu valtion terveydenhuolto-opiston opetuskenttätöiminta, kun Rockefeller-säätiön tukema Helsingin maalaiskunnan terveydenhuoltotoimisto avautui elokuussa 1940. Avaaminen viivästyi talvisodan vuoksi, mutta heinäkuussa 1940 säätiön kanssa saatiin virallinen sopimus allekirjoitettua. Sopimus oli sikäli ainutlaatuinen, että Rockefeller ei tänä ajankohtana myöntänyt avustuksia muihin Euroopan maihin. Säätiö avusti 300 000 mk:lla rakennusta, jonka kokonaishinta oli 750 000 mk. Vihkimistilaisuus oli arvovaltainen: paikalla oli kansanterveysviranomaisten ja kansalaisjärjestöjen terävin kärki sekä presidentti Hooverin edustaja Mr. Maverick. Toimiston johtajan Erkki Lepon pitämästä juhlapuheesta selvisi, että syksyllä 1940 Helsingin maalaiskunnan alueella oli jo 18 lastenneuvolaa, joissa terveyssisaroppilaat harjoittelivat kolme kuukaudetta.⁷⁴⁸ Toiminta jatkui läpi sotavuosien keskeytymättä. Terveyssisarkoulutus oli vuodesta 1940 alkaen pidennetty kahdeksaan kuukauteen.

Toiseksi lääkintöhallitus alkoi lisätä valtiollisesti ohjattua äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan valtiollista ohjausta, vaikka velvoittavaa lainsäädäntöä ei vielä ollut olemassa. Tätä ennakoiden julkaistiin syksyllä 1940 *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehdessä* Erkki Lepon laaja, 20 sivun pituinen ohjellmallinen kirjoitus *Lastenhoidosta ja sen kohottamisesta Suomessa*, joka il-

⁷⁴⁸ Lepon mukaan vuonna 1931 kunnassa oli jo neljä terveyssisarta, jotka toimivat kouluissa ja tuberkuloosihuollossa. Vuonna 1937 aloitettiin pikkulasten vastaanotot Tapanilassa ja Puistolassa, joiden rahoitus saatiin vappukukista ja kaupungin avustuksesta. Myös Mannerheim-liiton Malmin osasto avasi lastenneuvolan vuonna 1938. Lepon lisäksi lääkäreinä toimivat lastenlääkäri Wickström, tuberkuloosilääkäri Göta Tingvald-Hannikainen ja äitiysneuvolan lääkäri Vilho Hiilesmaa. *Sairaanhoitajatarlehti* 1940, 209–215.

mestyi useassa muussakin lehdessä hieman muunnellussa versiossa.⁷⁴⁹ Lepon artikkeli perustui 13.9.1940 Lastenlääkäriyhdistyksessä pidettyyn esitelmään. Leppo oli saanut selvitystehtävän Oskari Reinikaiselta, joka lääkin-töhallituksen pääjohtajana edusti valtiovaltaa ja SHTMK:n puheenjohtajana taas laajaa kansalaisjärjestöä. Vaikka artikkeli oli pelkästään Lepon nimissä, se on mielestäni nähtävä virallisena kannanottona ja ohjelmanjulistuksena Suomen lasten terveydenhuollon järjestämiseksi. Samalla se voidaan nähdä modernisoituna versiona Arvo Ylpön vuonna 1920 julkaisemasta ohjelmalli-sesta kirjoituksesta *Suomen lapsen suoja*. Esitelmässä väestöpoliittinen ar-gumentointi on vähäistä ja siitä kuultaa selvästi läpi Yhdysvalloissa saatu *public health*-koulutus.

Leppo kiitti aluksi professori Ylppöä ja Mannerheim-liittoa uraauurtavas-ta työstä, jonka seurauksena Suomessa 1900-luvulla imeväiskuolleisuus oli puolittunut. Kuolleisuus oli laskenut erityisesti kaupungeissa, joihin oli pe-rustettu pikkulastenhoidon neuvoloita.⁷⁵⁰ Leppo totesi, samoin kuin Ylppö vuonna 1920, että sotavuosi oli ”räikeästi paljastanut lastenhoidon alkeelli-suuden maaseudullamme”. Ylpön tavoin Leponkin argumenttina olivat me-netetyt lapset, jotka uhrattiin hoitomahdollisuuksien puutteen tai ”tietämät-tömyyden alttarille”, kun Suomessa elintason ja lastenhoidon tulevaisuudes-sa kohotessa voitaisiin pelastaa ”ainakin parituhatta pikkulasta vuosittain elämälle”. Talvisodan raskaiden miestappioiden ”elävän voiman menetyk-sen” jälkeen jokainen lapsi oli ”kansallemme kallis”. Siksi oli ryhdyttävä en-tistä voimaperäisempään työhön lastenhoidon kohottamisen ja lastensuoje-lun hyväksi.

Leppo kävi kohta kohdalta läpi keinot, joilla kuolleisuutta voitaisiin alen-taa. Ensimmäiseksi hän nosti neuvontatyön, joka oli osoittautunut ”sekä tu-loksellisimmaksi että halvimmaksi” lastenhuoltotyöksi. Kunta olisi saatava vastaamaan toiminnasta kansalaisjärjestöjen avustuksella. Neuvoloita kan-nattamaan ja tukemaan olisi perustettava ”maallikkoryhmiä eli paikallisosas-toja”. Kaikista yhteiskuntapiireistä olisi saatava mukaan naisia ja miehiä, jotka ottaisivat itse osaa työhön levittämällä terveydenhoitovalistusta ”kan-san syvien rivien keskuuteen”. Myös Leppo kiinnitti huomiota siihen, että monissa kunnissa ”saamattomuus ja tietämättömyys” oli ehkäissyt asioitten kehitystä. Kuitenkin jo lastensuojelulaki tavallaan velvoitti kuntia tukemaan lastenhoidon neuvontatyötä ”yhtenä huoltotyön muotona”.⁷⁵¹ Leppo totesi, että valtio ei ollut antanut lainkaan varoja pikkulastenhoidon neuvontatyö-hön, vaan ainostaan tuberkuloosi- ja koululasten huoltoon. Oli tavallaan aloi-

⁷⁴⁹ Leppo, *SLA* 1940, 223–251. Esim. *Lapsi ja nuoriso* 1–4/1941, 2–8, 14–18, 43–48. Ua 20–21 Lehti-leikearkisto, MLL, KA. *Duodecimisssa* ensimmäiset tieteelliset artikkelit sota-ajan imeväiskuollei-suusluvuista ilmestyivät vasta vuonna 1944. Esim. Salmi 1944.

⁷⁵⁰ Suomen imeväiskuolleisuus vuonna 1937 oli 69 promillea, muihin Euroopan maihin verrattuna 11. sijalla. Matalin imeväiskuolleisuus oli Islannissa 33 promillea. Suomen edellä olivat kaikki Pohjois-maat, Saksa, Ranska ja Englanti ja Wales. Leppo 1940, 223–251.

⁷⁵¹ Leppo viittasi luultavimmin lastensuojelulain pykälään 8, jossa luetellaan erityisen suojelun tar-peessa olevat lapset. Kohdassa c) mainitaan vanhemmat, jotka eivät ”sairauden, ymmärtämättömyy-den, juoppouden tai muiden sellaisten syiden tai olosuhteiden takia anna hänelle tarpeellista hoitoa ja kasvatusta eikä siitä muutenkaan ole huolta pidetty”. Lastensuojelulaki 52/1936.

tettu ”vääristä ikäryhmästä”, koululapsista, jolloin ihmisen kuolleisuus oli alimmillaan, ja laiminlyöty pikkulasten hoidon neuvonta, jossa ikäryhmässä ”kuolevaisuus on valtavasti kaikista suurin”.

Leppo toivoi, että Suomessa Ruotsin tavoin valtion varoja saataisiin neuvoloiden perustamiseen ja ylläpitämiseen. Toinen tärkeä kysymys oli lääkäreiden koulutuksen tehostaminen yleensä kansanterveyskysymyksissä ja erityisesti pikkulasten ja äitiyshuollossa.⁷⁵² Lastenhoidon kurssveja olisi saatava kansanopistoihin ja kansakoulujen jatkoluokille. Kiinnostavaa on, että Leppo halusi myös pojat mukaan, jotta he tulevana isinä ymmärtäisivät paremmin lastensa hoitoa eivätkä ”piintyneitten ennakkoluulojen perusteella” estäisi esimerkiksi pikkulasten ulosvientiä talvella.

Äitiyshuoltotyötä oli myös kohennettava, sillä neonataali- eli ensimmäisen elinkuukauden kuolleisuuden osuus imeväiskuolleisuudesta oli 43 prosenttia. Äitejä kuoli raskauden ja synnytysten aiheuttamiin komplikaatioihin keskimäärin 250 vuodessa. Vain osa kätilöistä oli saanut opetusta äitiysneuvonnassa, minkä lisäksi kätilöt vastaanottivat äitejä yleensä omissa kodeissaan. Oli pyrittävä saamaan äitiys- ja pikkulasten neuvolat samaan huoneistoon sekä taloudellisten syiden että työn sujuvuuden vuoksi.

Valistustyötä olisi lisättävä lastenhoidon ohjekirjasten, radioesitelmien, elokuvien ja sanomalehdistön avulla. Leppo ehdotti lääkintöhallitukseen erityisen propagandaosaston perustamista. Lastenneuvoloihin olisi saatava värikkäitä mainostauluja, lääkäreiden olisi osallistuttava myös julkisessa sanassa, ei pelkästään vastaanotoillaan kansan terveysvalistukseen. Terveyttä olisi mainostettava!

Lastensairaaloita olisi rakennettava lisää. Tilanne oli alkanut korjaantua, sillä Helsingissä oli rakenteilla yliopistollinen lastensairaala ja Suomen Huolto oli perustanut lasten sairastupia. Kuitenkaan Lapin, Oulun, Kuopion ja Mikkelin lääneissä ei ollut vuonna 1940 vielä yhtään lastenlääkäriä.

Artikkelin lopuksi Leppo listasi lähiajan lasten lääketieteellisen hoidon kysymykset.

- Keskosten hoitoon olisi kiinnitettävä huomiota, heille olisi saatava lämpölaatikoita.
- Keuhkokuumetta sairastavat lapset olisi saatava ajoissa lääkärin hoitoon sulfahoitoa varten.
- Ripulitaudit, joihin vuosittain kuoli 600 pikkulasta, olisi saatava ilmoitettaviksi tarttuviksi taudeiksi, jotta niitä voitaisiin paremmin ehkäistä.
- Tuberkuloosin ehkäisemiseksi Calmette-rokotus olisi otettava käyttöön. Joulumerkkikoteja tuberkuloottisten äitien lapsille olisi saatava lisää. Kaikille neuvoloissa ja sairaalassa tarkastettaville ja hoidettaville lapsille olisi tehtävä tuberkuliinikokeet.

⁷⁵² Savonen totesi vuonna 1942 artikkelissaan ”Suomen kansanterveystyön ohjelma”, että lääkäreiden suhtautuminen kansanterveystyöhön kaipasi perinpohjaista muutosta ja että lopetukseen olisi saatava vahvempi sosiaalinen näkökulma. Savonen *SLA* 2/1942, 52.

- Hinkuyskärokote pitäisi ottaa käyttöön epidemiatilanteissa. Kurkkumätää vastaan olisi mahdollista rokottaa: USA:n suurkaupungeissa siitä oli saatu hyvät tulokset. Rokote oli julistettu Ranskassa ja Unkarissa pakolliseksi. Suomeen oli jo saatu lahjoituksena kymmeniä tuhansia annoksia kurkkumätärokotteita, niitä olisi vain opittava käyttämään. Kokemuksen mukaan saadaan epidemia taltutetuksi, jos 40–60 prosenttia lapsista rokotetaan.

Loppukaneettina Leppo totesi, että kansan terveyden kohottaminen oli jälleenrakennustyön tärkeimpiä tehtäviä. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Reinikainen olikin suunnitellut laajemman terveydenhoito-osaston perustamista lääkintöhallitukseen. Olisi vihdoinkin herättävä näkemään ”lasten merkitys kansakunnan tulevaisuudelle”. ”Onko meillä varaa uhrata tätä elävää, kallista voimaa jatkuvasti?” [...] terveissä lapsissa on maan tuleva voima!”⁷⁵³ Selvityksestä oli lehtijuttu Uudessa Suomessa 24.11.1940 otsikolla *Pikkulasten neuvontatyö valtion tukea vailla*, josta voitaneen päätellä, että valtion osallistumiselle neuvontatyön kustannuksiin alettiin tuntea myötämielisyyttä myös poliittisessa oikeistossa.⁷⁵⁴

Leppo aloitti syyskuussa 1940 terveydenhuoltolääkärinä Helsingin maa-laiskunnassa sijaitsevalla Malmin terveydenhuollon opetus- ja mallikentällä, jolla kaikki Suomen terveyssisaret saivat käytännön koulutuksen työhönsä. Hän oli vuonna 1940 Suomen tärkeimpiä asiantuntijoita lasten terveysneuvonnassa ja edusti samalla modernia anglosaksista suuntausta, jonka mukaan imeväisten perushoidon eli hygienian, ravitsemuksen, vaatetuksen ja ulkoilun lisäksi neuvontatyöhön yhdistettiin myös rokotustoimintaa. Professori Ylppö edusti saksalaisine taustoineen edellistä sukupolvea, jossa pääpaino oli ravitsemuksessa. Lepon ja Ylpön vuoden 1920 ohjelmaluonnokset olivat hyvin samankaltaisia, mutta Lepolla oli selvästi lääketieteellisempi lähestymistapa. Oli toki tärkeää kaikin puolin nostaa lasten hoidon tasoa Suomessa, mutta kuitenkin perusajatuksena oli saada lapset neuvoloiden kautta terveydenhuollon piiriin, jotta heitä voisi rokottaa, diagnosoida heidän sairautensa ja hoitaa uusilla lääkkeillä, joita oli äskettäin tullut markkinoille.⁷⁵⁵ Mitään periaatteellista ristiriitaa Ylpön ja Lepon kirjoitusten välillä ei kuitenkaan ole havaittavissa, kyse oli pikemminkin näkökulmien eroavaisuudesta. Kummankin tavoitteena oli parantaa lasten terveydentilaa ja vähentää kuolleisuutta.

Lääkintöhallitukselta johtosääntö neuvoloille

Uuden kehittymässä olevan valtiojohtoisen kansanterveysajattelun mukaisesti lääkintöhallituksen tuli olla työn suunnittelija, johtaja ja ohjaaja. Lää-

⁷⁵³ Leppo, *SLA* 6/1940 223–251. Kursivoinnit Lepon.

⁷⁵⁴ Lehtileikkeet 1940. U:a 20, MLL, KA.

⁷⁵⁵ Sulfan lisäksi esimerkiksi tyroksiini (kilpirauhaslääke) ja insuliini olivat tulleet käyttöön. Myös vitamiinien ja rautavalmisteiden lääkkeellinen käyttö oli lisääntynyt. Rosen 1958.

kintöhallituksessa ei kuitenkaan ollut tähän tarkoitukseen omaa osastoa, vaan vanhan kontrollimentaliteetin mukaisesti terveydenhuolto-osasto huolehti lähinnä kulkutautien seuraamisesta ja torjumisesta. Pääjohtaja Reinikainen oli suunnitellut lääkintöhallitukseen uutta kansanterveysosastoa, joka ottaisi huolehtiakseen ehkäisevän terveydenhuollon suunnittelun ja johtamisen. Osasto aloitti virallisesti toimintansa vasta 1944, mutta osaston tuleva johtaja Severi Savonen alkoi enenevässä määrin huolehtia kansanterveyskysymyksistä.⁷⁵⁶

Painetta neuvolatyön kunnallistamiseksi lisäsi ongelmallinen tilanne avustussektorilla jatkosodan alettua. Yhteydet anglosaksiseen maailmaan katkesivat, eikä lahjoituksia Yhdysvalloista voitu enää toimittaa perille. Viimeiset avustuserät Yhdysvalloista tulivat Petsamon kautta talvella 1940–41. Itämeri oli Saksan hallinnassa sen valloitettua Tanskan ja Norjan keväällä 1940. Iso-Britannia julisti sodan Suomea vastaan 6.12.1941.⁷⁵⁷ Jo elokuussa 1941 Suomen Huollossa todettiin, että ulkomailta ei ollut odotettavissa suuria avustusmääriä, vaan toiminta piti rahoittaa kotimaisin varoin.⁷⁵⁸

Vaikka neuvolalainsäädäntöä vasta valmisteltiin väestökomiteassa, lääkintöhallitus lähetti heinäkuussa 1941 kaikille terveydenhoitolautakunnille Reinikaisen ja Savosen allekirjoittaman kiertokirjeen äitiys- ja lastenhoidon neuvontatyöstä. Siinä kehoitettiin kuntia, joissa toimi lääkäri ja terveyssisar, perustamaan neuvonta-asema äitiys- ja lastenhuollon järjestelmällistä toteuttamista varten. Kirjeen sanamuoto oli suostutteleva, sillä kuntia ei toimintaan lainsäädännön puuttuessa voinut velvoittaa. Neuvoloita perusteltiin väestöpolitiikalla, sillä äitiyshuolto ja lastenhoidon neuvontatyö olivat kansanterveystyön tärkeimpiä työmuotoja ja ”oikean väestöpolitiikan tehokkaimpia toimintakeinoja”. Neuvoloiden toiminnan järjestelyä varten lääkintöhallitus oli asettanut kansanterveydellisen neuvottelukunnan, jossa oli edustettuna kansanterveystyössä toimivat järjestöt. Neuvottelukunta oli laatinut kunnalliselle äitiys- ja lastenneuvolalle mallijohtosäännön, joka seurasi kirjeen liitteenä.⁷⁵⁹ Vuoden 1941 aikana kunnista lähetettiin kymmenittäin kuntien omia johtosääntöjä lääkintöhallitukseen.

Neuvolan ylläpidon todettiin ohjesäännössä kuuluvan kunnalle. Neuvolan pyrkimyksenä oli toimia yhteistyössä kaikkien sekä kunnallisten että yksityisten toimihenkilöiden ja elimien kanssa, joiden toimialat tavalla tai toisella sivusivat neuvolan toimintaa ja joilta se saattoi odottaa tarpeellista apua työssään. Yksityiset elimet viittasivat tässä yhteydessä lähinnä lastensuojelujärjestöihin, joilla jo ennestään saattoi olla jonkinlaista neuvolatoimintaa kunnassa. Neuvolan toiminnasta ja edelleen kehittämisestä oli vastuussa

⁷⁵⁶ Tiitta 2009, 232–234; Korppi-Tommola 2001 KB.

⁷⁵⁷ Nevakivi 2006, 195–199.

⁷⁵⁸ Vuosina 1942–49 kansanapukeräyksillä tuettiin kotimaista avustustoimintaa, mutta tulokset olivat laihoja. Vapaan Huollon läänin keskusten puheenjohtajien ja sihteerien 25.–26.8.1941 neuvottelukouksesta Aulangolla. Åke Gartz selostus ulkomaisten lahjavarojen saantimahdollisuuksista. Pk 28.8.1941, Ca3, SHTMK, SH, MMA. Kansanapukeräyksistä mainintoja useissa th-toimikunnan vuosikertomuksissa

⁷⁵⁹ LH kiertokirje No 732, 28.7.1941, Db: 2, LKHV, KA.

kunnan terveydenhoitolautakunta, jonka tätä tarkoitusta varten piti asettaa seitsemänhenkinen toimikunta.

Neuvolatoimikuntaan tuli näin ollen kuulua:

- kaksi jäsentä kunnan terveydenhoitolautakunnasta
- kaksi äitiyshuoltoa ja lastenhoitoa ajavan tai muun sellaisen järjestön edustajaa
- neuvolan lääkäri, yksi terveyssisar ja yksi kättilö.

Neuvolasta pyrittiin siis jo alun perin kehittämään toimintamuoto, joka olisi läheisessä yhteydessä kaikkiin kuntalaisiin. Tarkoituksena oli neuvolan piirissä järjestää kansalaistoimintaa ruohonjuuritasolla. Tämä oli tärkeää, sillä rahoitus ei ollut vielä varmalla pohjalla. Ohjesäännössä todettiin, että toiminnan tehostamiseksi voitiin hankkia yksityisiä tuloja ja lahjoituksia, ja nämä varat on käytettävä neuvolan hyväksi. Näin filantrooppinen perinne vappukukkien myynnin ja ompeluseurojen muodossa saattoi jatkua myös uudessa kunnallisessa neuvolassa.⁷⁶⁰

Neuvolan työmuotoja olisivat lääkärin, terveyssisaren ja kättilön säännölliset vastaanotot, terveyssisaren ja kättilön kotikäynnit, suojarokotukset pikkulapsille, äitiysavustusten välittäminen, valistustoiminta sekä kalanmaksaillyn ja muiden suojalääkeaineiden jakelu lapsille sekä raskaana oleville ja imettäville äideille. Neuvolan lääkärin tehtävänä oli odottavien äitien kohdalla havaita mahdolliset epäsäännöllisyydet ja ennakoida laitoshoidon välttämättömyys. Hänen tuli ”tutkia lapsia ja neuvotella sen yhteydessä lasten terveydenhoidosta vanhempien kanssa sekä antaa tarvittavia hoito-ohjeita”. Hänen tuli lisäksi tehdä tuberkuliinikokeita lapsille ja odottaville äideille Wasserman- eli kuppakokeita sekä antaa välittömästi neuvolan toiminnasta johtuvia lääkärintodistuksia ilman eri korvausta. Verrattuna Helsingin kaupungin vuonna 1934 laatimaan ehdotukseen lastenneuvolan ohjesäännöksi⁷⁶¹, oli kielenkäyttö muuttunut pehmeämmäksi. Vuonna 1934 lääkärin tuli ”huomauttaa äideille mahdollisista häiriöistä ja hoitovirheistä sekä antaa ohjeita, miten lasta on hoidettava”. Hoitovirheistä ei siis enää huomautettu, vaan neuvoteltiin vanhempien kanssa ja annettiin hoito-ohjeita.⁷⁶²

Terveyssisaren työnkuva oli monipuolinen. Lääkärin avustamisen ja oman vastaanottotoiminnan lisäksi kotikäynnit muodostivat olennaisen osan työstä. Sisaren tuli

1. kotikäyntien avulla valvoa, että neuvolassa annetut ohjeet ovat oikein ymmärretyt ja ohjata kotiololoissa niitä toteuttamaan sekä opettaa kodissa lastenhoitoa,
2. teroittaa lasten vanhemmille aikaisin aloitetun kasvatuksen tärkeyttä hyvien tapojen ja tottumusten saavuttamiseksi,
3. kurssitoiminnan, vanhempainiltojen ja kerhojen avulla tehdä tunnetuksi aikaisin aloitetun terveydenhoidon merkitystä ja opettaa lastenhoitoa,

⁷⁶⁰ LH kiertokirje No 732, 28.7.1941, Db: 2, LKHV, KA.

⁷⁶¹ Agnes Sinervo: Mietteitä lastenhuollosta. *Sairaanhoitajatarlehti* 1/1934, 15–18.

⁷⁶² LH kiertokirje No 732, 28.7.1941, Db: 2, LKHV, KA.

4. huolehtia lastenneuvolan lainatarvikevaraston hoidosta ja käytöstä.

Kättilön tehtävänä oli pitää äitiyskurssia, käytävä mikäli mahdollista tulevien synnyttäjien kotona tutustuakseen heidän kotioloihinsa sekä opastettava ja neuvottava äitejä vastasyntyneiden ruokinnan ja hoidon suhteen. Kättilön tuli luovuttaa kahden viikon kuluttua synnytyksestä vastasyntyneen huolto terveyssisaralle.⁷⁶³

Seitsemässä vuodessa oli tapahtunut merkittävä muutos ohjesäännön säilyssä. Koska jo vuonna 1941 lääkintöhallituksen suunnitelmassa oli Ruotsin tapaan tarjota neuvolapalveluita koko väestölle, ei lastenneuvolan kontrolloivaa roolia enää voinut ohjesäännössä korostaa.

Jos verrataan lääkärin sekä terveyssisaren ja kättilön tehtäviä keskenään, on selvää, että jokapäiväinen käytännön työ äitien ja lasten parissa oli luovutettu hoitajille. Lääkäri kävi vain pitämässä vastaanottoa määrättyinä aikoina. Lääkärien vähäinen osuus neuvolatyössä selittyy osittain resurssisyydestä sekä osittain myös intressisyydestä kunnanlääkärien suuntautuessa sairaiden hoitoon ja kirurgiaan.⁷⁶⁴

Kansanterveyslait eduskuntaan

Maaliskuussa 1944 eduskunnassa hyväksytty lakikokonaisuus kunnallisista terveyssisarista ja kättilöistä sekä äitiys- ja lastenneuvoloista eli ns. kansanterveyslait olivat pitkän, jo 1920-luvulla alkaneen keskustelun tulos. Laki laadittiin lopulta väestökomitean esityksen pohjalta. Maaseudun terveydenhuoltokomitea ehdotti kunnallisia neuvoloita ja teki esityksen terveyssisarilaiksi vuonna 1939. Talvisodan jälkeen muuttuneet käsitykset valtion tehtävistä terveydenhuollon alalla ja vahva väestöpoliittinen ilmapiiri mahdollistivat kansanterveyslakien läpimenon eduskunnassa vielä sodan aikana.

Väestöpoliittinen komitea asetettiin Ruotsin esimerkkiä seuraten marraskuussa 1937, ja se jatkoi toimintaansa joulukuuhun 1944.⁷⁶⁵ Komitea määrättiin tutkimaan väestöpoliittista tilannetta ja valmistelemaan ehdotuksia epäkohtien korjaamiseksi.⁷⁶⁶ Komiteassa toimi neljä jaostoa: lääketieteellinen, lapsiavustus-, verotus- ja naistyön jaosto. Ensimmäisinä toimintavuosinaan komitea lähinnä keräsi aineistoja ja toimitti tutkimuksia talvisodan keskeyttäessä työn. Sen vuoden 1942 aikana tekemät esitykset monilapsisten perheiden asuntoavustukseksi, kodinperustamislainoista sekä esitykset äitiys- ja

⁷⁶³ LH kiertokirje No 732, 28.7.1941, Db: 2, LKHV, KA.

⁷⁶⁴ Savonen SLA 1942, 52.

⁷⁶⁵ Väestökomitea 9.11.1937– jouluk. 1944. Komitean puheenjohtaja oli C.O. Frietsch, jäsenet: kansliapäällikkö hallitusneuvos A. Mannio, FM P. Railo ja LKT V. Rantasalo sekä komitean pääsihteeri tri I. Melander.

⁷⁶⁶ Tarkennus tehtävälle: ”pitäen silmällä edellytyksiä avioliiton solmimiseen, suurperheiden elinehtoja, terveysoloja erityisesti pienten lasten osalta, asunto- ja verotuskysymyksiä erityisesti perheellisyttä silmällä pitäen, mahdollisten lapsiavustusten antamista, aviovaimon ansio- ym. oloja” sekä muita aiheeseen liittyviä kysymyksiä”. Väestöpoliittisen komitean arkisto, KA.

lastenneuvoloista, kunnallisista terveyssisarista ja kättilöistä, hyväksyttiin kaikki jo sotavuosina.⁷⁶⁷

Lääketieteellisen jaoston puheenjohtaja oli LKT, lastentautien erikoislääkäri Viljo Rantasalo. Hän oli ainoa lääketieteellisen koulutuksen saanut jaoston jäsen, joten on oletettavaa, että lopullinen lakiesitys oli pääosin hänen käsialaansa.⁷⁶⁸ Esitys oli laadittu jatkosodan ensimmäisen vuoden aikana, jolloin periaatteessa kaikki kynnelle kykenevät miehet oli komennettu puolustusvoimien palvelukseen. Auroran sairaalan ylilääkäri Rantasalo oli Arvo Ylpön opiskelutoveri. Hän toimi aktiivisesti Mannerheim-liitossa ja vuonna 1937 perustetussa Lastensuojelun keskusliitossa, jonka ensimmäiseksi puheenjohtajaksi hänet valittiin.⁷⁶⁹

Väestöpoliittinen komitea jätti toukokuussa 1942 valtioneuvostolle ensimmäisen lakiesityksensä äitiys- ja lastenhuollon neuvoloista ja kunnallisesta terveyssisar- ja kättilötoimesta sekä asetuksiksi näiden lakien soveltamisesta. Esityksen valmisti komitean lääketieteellinen jaosto Viljo Rantasalon johdolla.⁷⁷⁰ Saatekirjeessä komitea katsoi, että väestöpoliittisesti oli ”erinomaisen tärkeätä”, että synnyttäjien ja vastasyntyneiden lasten kuolleisuus pysyisi mahdollisimman matalana ja että äitien ja pienten lasten terveydentilan kohottamiseksi ryhdyttäisiin tarpeellisiin toimenpiteisiin. Kokemus oli osoittanut, että nämä päämäärät toteutuvat parhaiten ”järjestelmällisen neuvontatyön avulla”, mikä edellytti äitiys- ja lastenhuollon keskittämistä ”erikoiseen tarkoitusta varten perustettuun äitiys- ja lastenhuollon neuvolaan”. Yksityisten järjestöjen ylläpitämien neuvoloiden toiminta oli kehittynyt hitaasti, ja olikin ilmeistä, että neuvoloiden lukumäärää ei saatu nostettua kyllin nopeasti eikä niiden järjestelyyn saatu ”tarpeeksi yhtenäisyyttä ja joustavuutta”. Neuvolan aiheuttamien kustannusten peittäminen tuotti yhä suurempia vaikeuksia. Sen vuoksi väestökomitea katsoi, että neuvolatyö olisi otettava ”kuntien huostaan riittävällä valtion avustuksella”.⁷⁷¹

Lakiesityksen perusteluissa mainittiin lisäksi, että neuvontatyö oli myös osoittautunut halvimmaksi työmuodoksi, jolla oli mahdollisuus päästä tavoitteeseen eli mahdollisimman alhaiseen lasten kuolleisuuteen ja ”terveen elinkykyisen nuorison kasvattamiseen”. Neuvoloita oli perustettu talvisodan jälkeen ahkerasti, sillä toukokuussa 1942 niitä oli yhteensä jo 350. Lakiesitys

⁷⁶⁷ Toimintakertomus 1942, väestöpoliittisen komitean arkisto. KA. Perhelisälaki tuli voimaan 1943.

⁷⁶⁸ Muut jäsenet: SDP:n kansanedustaja, maisteri Pekka Railo ja Maalaisliiton kansanedustaja, emäntä Aino Luostarinen. Väestöpoliittisen komitean arkisto, KA.

⁷⁶⁹ Infektiotautien hoidon kehittämiseen perehtynyt Rantasalo eli Ylpön tavoin pitkän ja sosiaalisesti aktiivisen elämän, sillä hän kuoli vasta 96-vuotiaana. Hän oli myös vuonna 1930 perustetun edistyspuolueen lähellä olevan Vapaamielisten klubin jäsen. Kouvalainen, 1984, 632–633; Paavilainen 2012, 102.

⁷⁷⁰ Koska komitean ehdotuksen mukainen äitiys- ja lastenhuollon järjestely muutti oleellisesti kunnallisen kättilön tähänastisia tehtäviä, komitea katsoi tarpeelliseksi samalla ehdottaa uusittavaksi kunnallisesta kättilötoimesta vuonna 1937 annetun lain sekä asetuksen. Jaoston kokouksissa ovat sitä paitsi olleet asiantuntijoina Kättilöopiston ylilääkäri, LKT Aulis Apajalahti sekä vt. lääkintöneuvos LKT Severi Savonen. Väestöpoliittisen komitean mietintö. Väestöpoliittisen komitean arkisto, KA.

⁷⁷¹ Väestöpoliittisen komitean mietintö. Väestöpoliittisen komitean arkisto, KA. Kansanterveyslakien säätämisprosessista katso myös Pesonen 1980, 629–639 ja Tiitta 2009, 228–231.

määritteli lastenhuollon neuvonnan seuraavin sanamuodoin, jotka vielä tänäänkin ovat päteviä:

*Lastenhuollon neuvonnalla tarkoitetaan kaikkien niiden ohjeiden antamista, jotka ovat tarpeellisia äideille, jotta he saisivat lapsensa kehittymään säännönmukaisesti ja terveesti. Tällainen neuvonta on mahdollista vain siten, että äideille opetetaan kädestä pitäen, miten lasta on sen eri kehitysvaiheessa hoidettava ja seurataan tarkasti lapsessa mahdollisesti esiintyviä kehityshäiriöitä ja sairauksia sekä ryhdytään niiden vaatimiin ehkäisytöimenpiteisiin ja nopeaan korjaamiseen heti alkuvaiheessa.*⁷⁷²

Neuvolan vastaanotot oli komitean mielestä järjestettävä maksuttomiksi, sillä väestöpoliittisesti ja muutenkin oli tärkeitä, että kaikki yhteiskuntapiirit poikkeuksetta turvautuisivat mahdollisimman paljon neuvolan apuun. Neuvolatyön yhdenmukaistamiseksi ylin valvonta olisi keskitettävä valtion elimille. Kunnallisen äitiys- ja lastenneuvolan toimihenkilöt olivat työtä johtavan lääkärin lisäksi terveyssisar ja kättilö, jotka tekisivät eri korvauksetta virkatyötä. Oli välttämätöntä, että neuvolan lääkärille maksettaisiin riittävä korvaus, sillä ”neuvolatyöllä on käänteentekevä merkitys kansanterveyden kohottamisessa”. Koska neuvolan perustaminen ja sen ylläpitäminen toteutivat ennen kaikkea ”valtion väestöpoliittisia päämääriä”, komitea ehdotti, että kuntien neuvolan lääkärille suorittamat palkkiot ja matkakustannukset korvattaisiin kokonaan valtion varoista ja että valtio korvaisi kaluston ja työvälineiden hankintakustannuksista kaksi kolmasosaa.⁷⁷³

Lakipakettia ei kommentoitu ainakaan negatiivisesti lehdistössä. Suomesa oli tehty jo pitkään propagandatyötä neuvontatyön puolesta, ja terveyssisaria kunnissa oli ollut 1920-luvulta lähtien. Lausuntokierroksella lakiesitykseen ei tullut oleellisia muutoksia, ja kun se vuoden 1943 valtiopäivillä tuotiin yhtenä pakettina eduskuntaan, kiisteltiin enimmäkseen vain valtion korvauksen suuruudesta ja kättilöiden ja terveyssisarten palkkaehdoista. Mitään periaatteellista keskustelua toiminnan tarpeellisuudesta ei käyty. Keväällä 1943 Valtioneuvoston esityksessä lakikokonaisuudesta painotettiin vielä voimallisemmin lakien väestöpoliittista merkitystä sodan aiheuttamissa kriisiolosuhteissa.⁷⁷⁴

*Väestöpoliittiselta kannalta on kansan lisääntymiseen kiinnitettävä erityistä huomiota varsinkin pitkäaikaisen puolustustaistelun aiheuttaman pelottavan mieshukan johdosta. On varmaa, että hyvin järjestetty neuvontatyö on omiaan vuosittain pelastamaan monta tuhatta ihmiselämää isänmaalle ja maanpuolustukselle.*⁷⁷⁵

Valiokuntakierroksella lakiesitykset muuttuivat sen verran, että valtionosuuksia nostettiin palkkojen ja neuvolasisustuksen osalta 75 prosenttiin.

⁷⁷² Väestöpoliittisen komitean mietintö. Väestöpoliittisen komitean arkisto, KA.

⁷⁷³ Perustelut väestökomitean ehdotukseen laiksi äitiys- ja lastenhuollon neuvoloista ja kunnallisesta kättilöntoimesta sekä asetuksiksi näiden lakien soveltamisesta. Valtiopäivät 1943.

⁷⁷⁴ Lakiesitys N:o 123. 1943 valtiopäivät.

⁷⁷⁵ Lakiesitys N:o 123. 1943 valtiopäivät

Maaliskuussa 1944 lopullisessa käsittelyssä kansanedustaja, lääkintöhallituksen pääjohtaja Reinikainen painotti puheenvuorossaan olevan itsestään selvää, että ”jos missä, niin kansan terveydenhoitotyössä vaaditaan määrätietoisuutta ja keskitettyä johtoa. Se kuuluu valtiovallalle.” Hän totesi kolmen lain muodostavan yhden kokonaisuuden, jossa ”toinen täydentää toista, ja ne ovat yhdessä käsiteltävät”. Lakien suuruutta saatettiin aavistaa, mutta vasta tulevaisuus tulee sen näyttämään, ”miten tärkeitä nämä kolme lakia tulevat olemaan tämän kansan olemassaololle”.⁷⁷⁶

Lakien kolmannessa, lopullisessa käsittelyssä kokoomuksen kansanedustaja Kyllikki Pohjala halusi esittää kiitoksen lääkintöhallitukselle, joka ”erinomaisella kaukonäköisyydellä” oli tarttunut kiinni kansan ”olemassaolon ydinkysymykseen”. Pohjala toivoi, että myös kunnat kiiruhtaisivat toimintaansa terveydenhuollon alalla. Sodan loppu alkoi jo häämöttää, ja Pohjalan käsityksen mukaan jälleenrakennustyössä kansan terveys on pohja, ”josta kaikki muu työ saa alkunsa”.⁷⁷⁷

Lakiehdotuksen väestöpoliittinen perustelu muuttui Valtioneuvoston esityksessä puolustuspoliittiseksi. Lain lopullisessa eduskuntakäsittelyssä keväällä 1944 kansanedustajat suuntasivat katseensa jo tulevaisuuteen ja jälleenrakennukseen mainitsematta enää valtion puolustuskyyä. Lakikokonaisuus nähtiin pikemmin uutena alkuna, jonka varaan voitiin rakentaa koko väestön kattava kansanterveystoiminta.

Kansanterveyslait säädettiin 31.3.1944, ja ne tulivat asetuksen mukaan voimaan 1.7.1944. Vaikka neuvolatoiminnan järjestäminen oli kuntien vastuulla, saivat jo olemassa olevat yksityisten järjestöjen ylläpitämät äitiys- ja lastenneuvolat jatkaa toimintaansa kuntien valvonnassa valtionavun turvin. Heikommassa taloudellisessa asemassa olevilla kunnilla oli mahdollisuus saada lisäavustusta toiminnan pystyttämiseksi. Siirtymäaika oli viisi vuotta, joten vuonna 1949 heinäkuun alussa kaikissa Suomen kunnissa oli oltava äitiys- ja lastenneuvola.⁷⁷⁸

Kansanterveyslait, lääninlääkäriuudistus ja kansanterveysosaston perustaminen lääkintöhallitukseen vuonna 1944 merkitsivät kansanterveystyön ohjauksen valtiollistamista ja keskittämistä. SPR:n piirien johtavat terveyssisarret siirtyivät vuodesta 1943 alkaen läänien tarkastaviksi terveyssisariksi lääninlääkärien alaisuuteen. Lääkintöhallitukseen perustettiin virka johtavalle terveyssisarelle ja kättilölle. Heidän tehtävänä oli valvoa ja kehittää muun muassa neuvontatoimintaa. Sen sijaan gynekologeja ja lastenlääkäreitä ei keskushallintoon nimitetty. Syntyi outo tilanne, jossa hoitajapuolen valvonta- ja kehitystoiminta oli hyvin organisoitua, mutta valtionhallinnossa neuvolatyötä kehittämässä ei ollut yhtäkään alan erikoislääkäreitä.⁷⁷⁹

⁷⁷⁶ Maaliskuu 1944 eduskuntakeskustelu, lakiesitys N:o 123. I käsittely, jossa mukana talousvaliokunnan mietintö N:o 1. 1944 valtiopäivät.

⁷⁷⁷ Terveyslain kolmas käsittely, valmisteltu talousvaliokunnassa (N:o 1) ja suuressa valiokunnassa (mietintö no 14). 1944 valtiopäivät.

⁷⁷⁸ Asetus kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista annetun lain soveltamisesta 393/1944.

⁷⁷⁹ Tätä ihmetteli myös amerikkalainen lastenlääkäri Wegman Suomessa käydessään. Wegman 1951. Koulu- ja neuvolaylilääkärin virka saatiin lääkintöhallitukseen vuonna 1954. Siivola 1985, 146.

Ruotsin neuvolalait vertailukohteena

Lähin esimerkki Suomelle julkisesti rahoitetusta äitiys- ja lastenneuvonnasta löytyi Ruotsista, jossa vastaavat lait astuivat voimaan vuoden 1938 alusta. Seuraavassa vertaan Suomen ja Ruotsin lakien perusteluita ja sisältöä toisiinsa lastenneuvoloiden osalta. Oliko lakien perusteluissa nähtävissä, että Suomen laki säädettiin sodan ja Ruotsin laki rauhan aikana? Myös Ruotsissa lastenneuvolat olivat saaneet alkunsa Maitopisaroista, joita oli kaikissa suurimmissa kaupungeissa. Osa niistä oli 1930-luvulle tultaessa kunnallistettu ja osa sai paikallisesti avustusta kunnilta. Vuonna 1934 Tukholman kuuteen lastenneuvolaan oli kirjattu 50 prosenttia imeväisistä. Kehittyneintä lastenneuvolatoimintaa oli Göteborgissa, jossa kaupungin kymmenen lastenneuvola kattoi peräti 78,6 prosenttia imeväisistä.⁷⁸⁰

Ruotsin lastenneuvolalaitos ei kokenut Suomen tavoin nationalistista kansalaisjärjestövaihetta, eikä asiaan liittynyt Suomen tapaan suuria tunteita. Lainsäädäntötyön käynnisti 1930-luvun alun romahtanut syntyvyys ja siitä virinnyt keskustelu muun muassa Myrdalin pariskunnan teoksen *Kris i Folkhemmet* pohjalla. Vuosina 1935–1938 työskennellyt väestöpoliittinen komitea laati lakiehdotuksen synnytyshuollosta sekä äitiys- ja lastenhoidon neuvonnasta, joka esiteltiin valtiopäiville tammikuussa 1937.⁷⁸¹ Komitean muut ehdotukset perheenperustamislainasta, synnytysten maksuttomuudesta, äitiysavustuksesta ja naisten irtisanomiskiellosta avioliiton tai lapsen saamisen vuoksi toteutuivat myöskin. Sen sijaan ehdotus valtion tukemasta kouluruokailusta ei päässyt edes eduskuntaan saakka.⁷⁸²

Ruotsissa keskustelu lastenneuvoloiden kunnallistamisesta oli käynnistynyt jo 1920-luvulla, kun Ruotsin Lääkäriliiton pediatrien jaosto, jonka yhtenä jäsenenä oli lastenlääkäri Alex Höjer⁷⁸³, ehdotti mietinnössään äitiys- ja lastenneuvoloiden perustamista. Kulut jaettaisiin valtion ja kuntien välillä. Alex Höjer oli tehnyt 1920-luvun alussa Englantiin, Ranskaan ja joihinkin muihin Keski-Euroopan maihin laajan opintomatkan, jonka tarkoituksena oli selvittää eri maiden lasten terveydenhuollon järjestelmiä. Kotimaahan palattuaan hän laati matkastaan Ruotsin lääkintöhallitukselle laajan selonteon, jossa hän selvitti tarkasti usean maan (Englanti, Belgia, Ranska Saksa, Tanska ja Suomi) neuvolajärjestelyjä. Hän syventyi erityisesti Englantiin, jossa neuvontatoimi oli pisimmälle ja laajimmalle vietyä. Vuonna 1921 siellä oli jo 1780 neuvola, mikä olisi Ruotsissa väkimäärään suhteutettuna merkinnyt yli 250 neuvola. Suomesta Höjer mainitsi, että lastensuojelu oli sisällissodan jälkeen aktivoitunut ja että lakiehdotuskin on vireillä neuvolatoiminnan

⁷⁸⁰ SOU 1935: 19, 84–88. Sundin 2005, 120

⁷⁸¹ Nr. 39. Kungl. Maj. proposition till riksdagen angående förbättrad förlossningsvård samt anordnande av s.k. förebyggande mödra- och barnavård, given Stockholms slott den 15 januari 1937. (Prop. 39/1937)

⁷⁸² Gille 1948, 3.

⁷⁸³ Tuleva sosiaalidemokraattinen lääkintöhallituksen pääjohtaja.

lakisääteisydestä.⁷⁸⁴ On mahdollista, että Ylppö ja Höjer olivat saaneet vaikutteita toisiltaan, sillä he tunsivat toisensa hyvin. Vuonna 1923 he tekivät yhdessä lomamatkan Lappiin Pohjoismaisen lastenlääkärikokouksen jälkeen.⁷⁸⁵

Ruotsin lääkintöhallitus aloitti vuonna 1931 kahden vuoden neuvolakokeilun valtion kustannuksella neljällä paikkakunnalla, mistä saatujen rohkaisevien tulosten perusteella lääkintöhallitus laati vuonna 1935 mietinnön, joka toimi lopulta pohjana vuoden 1937 lakiesitykselle.⁷⁸⁶ Perustettiin kolmen tasoisia äitiys- ja lastenneuvoloita, joista I-tyyppin erikoislääkärijohtoiset neuvolat sijaitsivat suurissa yli 50 000 asukkaan kaupungeissa sairaaloiden yhteydessä. Pienemmissä kaupungeissa omiin huoneistoihin sijoitetut II-tyyppin neuvolat olivat yleislääkärijohtoisia. Maaseudulla III-tyyppin neuvolatoiminta sijoitettiin kunnanlääkärin (*provincialläkare*) vastaanottotiloihin. Lakiehdotuksen perusteluissa painotettiin lääkärin johtavaa asemaa toiminnassa: kätilöiden ja terveyssisarten tai lastentautien erikoissairaanhoitajien asema oli avustava.⁷⁸⁷ Maaseudulla kuitenkin terveyssisaren (*distriktsköterska*) tehtävä ja asema korostuivat neuvontatyön painottuessa kotikäynteihin.⁷⁸⁸

Ruotsissa neuvolalaki oli osa sosiaalidemokraattista 1930-luvun rauhan-aikaista taloudellisen nousukauden ”kansankoti”lainsäädäntöä, jonka taustaideologiana toimivat sosiaalipoliittiset tasa-arvokysymykset väestöpoliittisen huolen lisäksi. Neuvontatyön oli todettu laskevan imeväiskuolleisuutta. Tukholmassa ja Göteborgissa, joissa yli 50 prosenttia lapsista oli lastenneuvolan kirjoissa, imeväiskuolleisuus oli huomattavasti matalampi kuin esimerkiksi Pohjois-Ruotsissa, jossa neuvoloita ei ollut laisinkaan. Väestöpoliittisen näkökulman lisäksi esitettiin myös taloudellisia argumentteja. Perusteluissa painotettiin, että imeväiskuolleisuus ja -sairastavuus olivat kaksi erillistä käsitettä. Varhaislapsuuden terveydentila määritteli ratkaisevasti tulevaa terveyden ja kehittymisen potentiaalia, jolloin ehkäisevään terveydenhuoltoon sijoitetut varat laskisivat tulevaisuudessa terveydenhuoltokuluja. Neuvoloiden tärkeänä tehtävänä oli myös edistää huolestuttavasti vähentyntä rintaruokintaa. Alentunut syntyvyys nosti lasten terveydenhoidon ja koulutuksen valtion kannalta todella tärkeäksi, ja oli oleellista, että perheitä ja kansalaisia autettaisiin tässä tehtävässä.⁷⁸⁹

Neuvolat (*mödra- och barnavårdcentraler* tai *-stationer*) olivat maksuttomia. Maksullisuutta oli pohdittu, mutta ilmaisuuteen oli päädytty, koska varakkaammat perheet tuskin kuitenkaan käyttäisivät neuvolan palveluita.⁷⁹⁰ Toisin kuitenkin kävi. Neuvoloista tuli hyvin suosittuja, ja sotavuosina niiden

⁷⁸⁴ SOU 1935: 19, bilaga 9. Tässä ehkä viitataan lastenhoitajien koulutuksen valtiollistamispyrkimykseen. Kts. luku 2.

⁷⁸⁵ Ur J. Axels Minnen, del V:2, Axel Höjerin arkisto, Riksarkivet, Tukholma. Tiedon välitti ystävällisesti Annika Berg.

⁷⁸⁶ Prop. 39/1937

⁷⁸⁷ Prop. 39/1937. Laki tuli voimaan vuoden 1938 alusta. SFS 745/1937.

⁷⁸⁸ Sundin 2005, 120; Emmanuelsson & Wendt 1994.

⁷⁸⁹ Prop. 39/1937.

⁷⁹⁰ ”Antal bättre ekonomiskt situationer, som kommer att utnyttja denna vård, antagligen blir relativt litet och att flertalet faller inom grupperna mindre bemedlade och medellösa.” SOU 1935: 19, 34.

käyttö yleistyi niin, että vuonna 1944 jo 79 prosenttia imeväisistä oli lastenneuvoloiden kirjoissa.⁷⁹¹ Neuvolalain perustelut ilmentävät Ruotsissakin valinnutta eugeenista ajattelua, jonka mukaan terveitä lapsia autettiin saavuttamaan todellisen potentiaalinsa. Vuonna 1935 Ruotsissa voimaan tulleen sterilisaatiolain tarkoituksena oli taas vähentää perimältään heikkojen yksilöiden lisääntymistä.⁷⁹²

Vertailtaessa Suomen ja Ruotsin lakiesitysten perusteluosia on huomattava, että niiden ”lääketieteelliset” osiot ovat lähes identtiset, mutta Ruotsin rauhanaikaisen lain perusteissa puhutaan perheiden auttamisesta, jotta ne voisivat toteuttaa valtiolle edullisia tavoitteita. Suomessa, jossa lainsäädäntötyö tapahtui sodan keskellä, perusteltiin eduskunnalle lakiesitystä puolustuspolitiikalla. Valtion velvollisuutena oli auttaa perheitä kasvattamaan lapsiaan, mutta samalla neuvolatyö tulisi ”pelastamaan monta tuhatta ihmiselämää isänmaalle ja maanpuolustukselle”. Toisin sanoen perheet tuottaisivat kansakunnalle sotilaita.

Ruotsin neuvolajärjestelmä oli ainakin paperilla (erikois)lääkärikeskeisempi. Toinen merkittävä seikka oli, että valtionavustuksia saatiin ensimmäisinä vuosina vain imeväisten neuvontatyöhön. Suomessa taas valtionavustukset ulotettiin aina seitsemänvuotiaiden neuvontatyöhön saakka. Ruotsissa tosin käytäntöä muutettiin vuonna 1942 siten, että avustukset ulotettiin kaikkiin alle kouluikäisiin lapsiin.⁷⁹³ Selitys maiden väliseen eroon voisi ehkä löytyä siitä, että Ruotsin lastenneuvolatoiminta pohjautui Maitopisaroihin, jotka keskittivät toimintansa pääosin imeväisiin. Suomessa taas noudatettiin Ylpön tuomana saksalaista *Fürsorge*-periaatetta, joka kattoi kaikki alle kouluikäiset lapset.

Suomessa keskustelussa viitattiin varsin usein Ruotsin uuteen äitiys- ja lastenneuvolalakiin, mutta sen yksityiskohtiin puututtiin hyvin vähän. Suomessa lastenneurolaverkosto oli jo 1930-luvun alussa laajemmalle levinnyt kuin Ruotsissa. Siellä oli vuonna 1933 vain 39 lastenneuvolaa, joista 25 sijaitsi kolmessa suurimmassa kaupungissa, Tukholmassa, Göteborgissa ja Malmössä.⁷⁹⁴ Toisaalta Suomessa erikoislääkärijohtoiseen järjestelmään ei olisi edes ollut mahdollista ryhtyä, sillä lastenlääkäreitä oli liian vähän. Ruotsissa lääkäritiheys oli suurempi, kaupungistuminen pitemmällä, ja erikoislääkäreitä oli saatavana myös neuvolatyöhön.⁷⁹⁵ Yhteistä maiden neuvolajärjestelmien kehitykselle oli, että molemmissa maissa toiminta laajeni sotavuosina vaikuttaen myönteisesti lasten terveydentilaan.

⁷⁹¹ *Statistisk årsbok för Sverige* 1953, taulukko 281. Vuonna 1955 kattavuus oli 94 prosenttia. *Statistisk årsbok för Sverige* 1957, taulukko 303.

⁷⁹² Broberg&Tydén 1999, 141–143.

⁷⁹³ Gille 1948, 129–184, 142.

⁷⁹⁴ SOU 1935: 19, 39.

⁷⁹⁵ Vuonna 1945 Ruotsin väkiluku oli noin 6,7 miljoonaa asukasta ja lääkäreiden lukumäärä 3850, eli noin 1740 henkilöä lääkäriä kohden. Suomessa vastaavat luvut olivat 3,76 miljoonaa asukasta ja 1546 lääkäriä, eli noin 2430 henkeä kohti. STV 1946–47, taulukko 6 ja 82; *Statistisk årsbok för Sverige* 1948, tab. 4, tab. 61.

5 Lapset, sota ja terveys

Suomen sotakokemukset ja niiden seurauksena aktivoinut väestöpolitiikka katalysoivat neuvolalakien säätämistä. Sotakokemukset vaikuttivat myös toista kautta: lääketieteellisten käytäntöjen sota-aikainen modernisaatio nopeutti lastenneuvoloiden medikalisoitumista jo toisen maailmansodan aikana ja varsinkin sen jälkeisinä vuosina. Sotavuosina aloitettiin tuberkuloosi- ja kurkkumätärokotukset. Lastenneuvoloiden tehtäväkenttä laajeni poikkeuksellisesti myös sairauksien hoitoon uusilla 1930-luvulla kehitetyillä lääkkeillä, ravintolisillä ja vitamiineilla. Toiminnan laajeneminen konkreettisiin ai-neellisiin hyödykkeisiin ja palveluihin lisäsi samalla neuvoloiden suosiota.

5.1 Lääketiede kriisiolosuhteissa

Teoksessa *War, Medicine and Modernity* Roger Cooter ja Steve Sturdy analysoivat sodan ja lääketieteen kehityksen välistä yhteyttä. Sodan tuomat on-gelmat terveydenhuollossa vaativat asiantuntijoiden ratkaisuja, joiden täytyy olla yhteneväisiä kaikilla rintamilla. Suurten asevelvollisuusarmeijoiden ter-veydenhuolto antaa myös uusia mahdollisuuksia hoitokokeiluihin, joiden puitteissa asiantuntijoille annetaan vapauksia, kunhan he myös kehittävät toimivia ratkaisuja. Moderniin sodankäyntiin liittyvä sotavoimien ja siviili-maailman rajojen hämärtyminen auttaa myös siirtämään puolustusvoimien ”tuotekehittelyä” siviilirintamalle. Lääketieteelliset edistysaskeleet sota-aikana liittyvät usein tieteellisen tiedon käytännön sovelluksiin, ei niinkään perustutkimukseen.⁷⁹⁶

Toisen maailmansodan aikainen lääketieteen edistys ilmeni kahdella ta-holla: ensinnäkin sotavammoihin liittyvässä kirurgiassa sekä ensiapulääke-tieteessä, kuten verensiirroissa, nestehoidossa ja anestesiassa. Suomessa jul-kaistiin sekä sisällissodan että toisen maailmansodan jälkeen tutkimuksia uusista hoitomenetelmistä sotarintamalla. Suuri potilasmateriaali ja huomattavan kuolemanriskin omaavat vaikeat vammat mahdollistivat hoitokokeilu-ja, jotka eivät rauhanaikana olisi olleet mahdollisia.⁷⁹⁷

Toinen linja liittyi sotajoukkojen terveydenhoitoon, hygieniaan ja epide-mioiden ennaltaehkäisyyn. Aikaisemmin armeijoiden suurin ongelma oli kulkutaudit, joiden leviäminen ahtaissa ja epähygieenisissä olosuhteissa oli säännönmukaista ja jotka olivat suureksi vaaraksi myös siviiliväestölle.⁷⁹⁸ Toisen maailmansodan alkaessa muistikuva vaikeista kulkutaudeista oli vielä tuore, olihan vielä 1920-luvulla espanjantauti eli influenssa levinnyt koko

⁷⁹⁶ *War, Medicine and Modernity* 1998, 1–21.

⁷⁹⁷ *Sotakirurgisia kokemuksia* 1946; *Läkare i fält och bakom fronten* 1928.

⁷⁹⁸ Kuuluisin lienee Napoleonin armeijan tuhoutuminen kulkutautien seurauksena Venäjällä. Ameri-kan sisällissodassa 600 000 kuolleesta sotilaasta 2/3 menehtyi infektoihin. Bollet, 2004, 293.

maapallolle, ja pilkkukuumie riehunut Neuvosto-Venäjän sisällissodassa, siis aivan naapurissa.⁷⁹⁹

Sota-ajan nopeita tuloksia ja asiantuntijuutta painottava pragmaattinen hallinto edesauttoi löytämään ratkaisuja ajankohtaisiin ongelmiin. Hyviä esimerkkejä ovat pilkkukuumien torjuntaan kehitetyt menetelmät sodan aikana ja penisilliinin saaminen massatuotantoon. Yhdysvalloissa perustettiin vuonna 1942 pilkkukuumekomissio eli *typhus-commission* yhdistämään armeijan, valtion ja yksityisen teollisuuden voimavarat ja asiantuntijuus teollisen DDT-tuotannon ja pilkkukuumerokotteen kehittämiseksi. Samoin kehitettiin lyhyessä ajassa rokotteet influenssaa, pneumokokin aiheuttamaa keuhkokuumetta ja ruttoa vastaan.⁸⁰⁰

Uusia rokotteita ja lääkkeitä voitiin kokeilla sotilailla, jolloin saatiin nopeasti kokemusta niiden tehosta ja sivuvaikutuksista. Kun käyttäjämäärät nousivat korkealle, saatettiin uusia rokotteita antaa myös siviiliväestölle, vaikka nykyään pakollisia laajoja klinisiä esitutkimuksia ei olisi suoritettukaan. Näin kävi Yhdysvalloissa jäykkäkouristusrokotteelle, jota lastenlääkäriyhdistys suositteli toisen maailmansodan jälkeen rutiinikäyttöön väestölle, siis myös imeväisille.⁸⁰¹ Sodanaikainen lääketieteellinen harppaus oli ilmeistä myös ulkopuolisille huomioijille. Ruotsalainen professori Georg Kahlson totesi vuonna 1946, että sotavuosien lääketieteen saavutukset olisivat vielä kymmenen vuotta aiemmin tuntuneet mahdottomilta. Hänkin korosti olemassa olevan tiedon käytännön sovelluksia, joita kehitettiin voimavaroja yhdistämällä.⁸⁰²

Myös Suomessa sotilas- ja siviililääketiede tekivät yhteistyötä. Suomen lääkärinkunta oli pieni, ja parhaimmillaan 85 prosenttia lääkäreistä oli komennettuna puolustusvoimiin. Lääkärit saivat rintamilta eripituisia lomia keväästä 1942 voidakseen hoitaa siviilivirkaansa. Näin rintamalla saatu kokemus heijastui myös siviilien hoitoon.⁸⁰³ Valtaosa puolustusvoimien lääkintöosaston johtohenkilöistä oli sotakomennuksella toimivia siviilejä. Osa rauhanaikaisista puolustuslaitoksen lääkärintoimista oli myös osa-aikaisia. Niinpä esimerkiksi puolustusvoimien ylilääkäri Eino Suolahti sai pääasiallisen elantonsa rauhanaikana korvalääkärin yksityispraktiikasta Helsingissä.⁸⁰⁴

Puolustusvoimien bakteerilaboratoriot palvelivat sekä siviilejä että sotilaita, ja sotasairaalat ottivat mahdollisuuksiensa mukaan potilaikseen siviilejä.

⁷⁹⁹ 30-vuotisessa sodassa (1618–1648) joissain Saksan valtioissa yli puolet väestöstä menehtyi kulkutauteihin, kuten pilkkukuumeseen ja ruttoon. 1900-luvun alussa käynnistynyt rokotteiden ja seerumien valmistus sai ensimmäiset käyttöalueensa puolustusvoimissa, minkä seurauksena ensimmäisestä maailmansodasta lähtien sotilaita kuoli enemmän taistelussa saatuihin vammoihin kuin epidemioihin. Smallman-Raynor & Cliff 2004, 341–368.

⁸⁰⁰ Hoyt 2006; The Fred L. Soper Papers. World War II. Verkkolähde; Wheeler 1946.

⁸⁰¹ Hoyt 2006, 53.

⁸⁰² Kahlson 1946, 2566–2573.

⁸⁰³ Somer 1956, 337–344.

⁸⁰⁴ Myös puolustusvoimien hygieenikkona vuosina 1934–44 toiminut T.W. Wartiovaara työskenteli samanaikaisesti Marian sairaalan apulaislääkärinä vuosina 1936–1939 ja Helsingin kaupunginlääkärinä vuodesta 1942 eteenpäin. *Suomen lääkärit* 1946.

Takaisinvallatulla alueella Sortavalan sotasairaalassa oli jopa synnytysosasto.⁸⁰⁵ Uusia rokotus- tai hoitomenetelmiä kokeiltaessa armeijalla oli mas-
saetu. Kokeiluja pysyttiin tekemään suuressa mittakaavassa, jolloin lääkkei-
den tai rokotusten kohdalla saatiin esille harvinaisemmatkin sivuvaikutukset.
Näin tehtiin esimerkiksi kurkkumätä- ja BCG- eli tuberkuloosirokotteen
kohdalla vuosina 1943 ja 1944.⁸⁰⁶

Sotien välisinä vuosina rokotetutkimus oli ollut aktiivista. Ensimmäisessä
maailmansodassa lavantautirokote oli jo yleisesti käytössä, mutta 1920- ja
1930-luvulla markkinoille ilmestyi vähäisiä sivuvaikutuksia aiheuttavia ro-
kotteita kurkkumätää (1923), hinkuyskää (1926), jäykkäkouristusta (1927),
tuberkuloosia (1927) ja keltakuumetta (1935) vastaan.⁸⁰⁷ Kurkkumätärokote
yleistyi 1930-luvulla: esimerkiksi Kanadassa suoritettiin laajoja joukkoroko-
tuksia, jolloin sairastuvuus laski huomattavasti. Vuonna 1936 Ranskan ar-
meijassa jäykkäkouristus- ja kurkkumätärokotukset määrättiin pakollisik-
si.⁸⁰⁸ Toisen maailmansodan puhjetessa rokotevalikoima oli jo laaja, mutta
koska kehitys oli ollut niin nopea, ei rokotteita vielä tunnettu kovin hyvin
eikä niihin vielä luotettu. Ongelmia oli myös rokotteiden massatuotannossa,
jakelussa sekä rokotusten käytännön järjestelyssä.⁸⁰⁹

Suomessa rokotettiin ennen sotavuosia väestötasolla ainoastaan isorok-
koa vastaan. Lain mukaan kaikki alle kaksivuotiaat oli sakon uhalla tuotava
rokotettavaksi. Viimeinen suurempi isorokkoepidemia koettiin sisällissotaan
liittyen venäläisten sotavankien parissa, ja vuonna 1941 nähtiin Suomessa
viimeinen isorokkotapaus.⁸¹⁰ 1930-luvulla väestö ei enää osannut pelätä tau-
tia, olihan isoista epidemioista jo kulunut yli 50 vuotta. Rokotusta vastustet-
tiin melko yleisesti ja välillä jouduttiin vanhempia uhkaamaan virkavallalla.
Piirilääkärien vuosikertomuksiin kirjattiin 1930-luvulla melko usein selos-
tuksia isorokkorokotustilaisuuksista ja niiden menestyksestä. Vuonna 1939
Pyhäjärvellä ainoastaan pieni osa 1937 syntyneistä ja joku sitä vanhempi jäi
rokotustilaisuuksiin saapumatta. Rokotuksen laiminlyönteille huoltajille mää-
räsi terveydenhoitolautakunta uhkasakon.⁸¹¹ Vuonna 1936 Salmin pitäjän

⁸⁰⁵ Sortavalan pl vk1942. LKHV, KA.

⁸⁰⁶ *War, Medicine and Modernity*. 1999, 16; Päämaja Lääkintöosasto I No 11215/Lääk.5/190 b. sal.
Koskee: Alokkaiden rokotuksia. T2949 1943 F30, KA. Kotijoukkojen esikunta No 2915/Lääk./ 10/c
sal. Asia: Tulokset Schick-kokeista, Pirquet-kokeista ja Mantoux-kokeista. 13.6.1944, T20950 1944
F49, KA.

⁸⁰⁷ Vanhin oli isorokkorokote, jonka Edward Jenner kehitti jo vuonna 1798. 1800-luvun loppupuolella
kehitettiin rokotteet rabiasta eli raivotautia (1885), koleraa (1885), lavantautia (1896) ja ruttoa (1897)
vastaan. Plotkin: 2005, 5–11.

⁸⁰⁸ Lewis 2000; Parish 1965, 148.

⁸⁰⁹ Lewis 2000.

⁸¹⁰ Vuonna 1936 oli vielä pienehkö epidemia, jossa sairastui 38 henkilöä. Suomessa ensimmäinen
”vaccinaatio” isorokkoa vastaan eli rokotus lehmänrokolla tehtiin vuonna 1802. Aluksi rokkoainetta
siirrettiin suoraan rokotetusta toiseen, myöhemmin käytettiin vasikasta saatua rokotetta. Rokotusta
vastustettiin yleisesti. Se saattoikin levittää kuppaa, jos rokkoainetta siirrettiin ihmiseltä toiselle.
1870-luvun isojen isorokkoepidemioiden jälkeen rokotus säädettiin pakolliseksi vuonna 1883. Vuon-
na 1952 rokotus muuttui vapaaehtoiseksi ja vuonna 1980 isorokkokotus lopetettiin Suomessa. Pitkä-
nen, Mielke and Jordes 1989, 95–111; Vuorinen 2002, 133.

⁸¹¹ Pyhäjärven kl vk 1939 Ebb 19 LKHV, KA.

Mantsinsaareessa oli todettu epäilyttävä isorokkotapaus, joka kuitenkin myöhemmässä tutkimuksessa osoittautui vesirokoksi. Siitä huolimatta pakkorokotus määrättiin toimitettavaksi koko Salmin kunnassa. Kaikkiaan rokotettiin 6635 henkilöä, ja ”tällä kertaa pakkorokotus sujui hyvin ilman mainittavaa vastustelua”.⁸¹² Sanamuodosta päätellen vastaavassa tilanteessa oli aikaisemmin koettu ongelmia.

Valtion seerumlaboratorio oli 1930-luvulla jäänyt tieteellisessä kehityksessä jälkeen. Sitä kutsuttiinkin alentuen ”Wasserman-tehtaaksi”, sillä sen päätehtävänä oli tehdä kuppakokeita eikä se asettanut voimavaroja uusien rokotteiden testaamiseen ja kehittämiseen, mikä oli alun perin määritelty erääksi sen tehtävistä. Tutkimuksen keskuksena toimi sen sijaan Helsingin yliopiston serobakteriologian laitos, jolla oli myös kontakteja ulkomaille. Useat suomalaiset bakteriologit tekivät 1930-luvulla matkoja Yhdysvaltoihin ja Ruotsiin oppiakseen uusia tekniikoita rokotteiden valmistuksessa ja virus-tutkimuksessa.⁸¹³

1930-luvun loppupuolella oli käymässä ilmeiseksi, että Suomen rokotuskäytännöt olivat vanhentuneet. Kanadan kurkkumätä- ja Ruotsin tuberkuloosirokotuskampanjan tulokset olivat vakuuttavia.⁸¹⁴ Kiinnostus uusien tehokkaiden rokotteiden kotimaiseen tuotantoon alkoi lisääntyä. Duodecim-seura ehdotti, että Ruotsin esimerkin mukaisesti⁸¹⁵ vuonna 1938 Suomeen perustettaisiin Kansanterveyslaitos, joka vastaisi terveysvalistuksesta sekä rokotteiden ja seerumien valmistuksesta. Sota kuitenkin katkaisi suunnitellut samoin kuin kaavailut pohjoismaisesta yhteistyöstä seerumien ja rokotteiden valmistuksessa.⁸¹⁶

Asenteet olivat siis muuttumassa. Erkki Leppo ja Severi Savonen kävivät juuri ennen talvisotaa Yhdysvalloissa tutustumassa sikäläisiin kansanterveyskäytäntöihin ja toivat mukanaan myös ajatuksia rokotosuhteen laajentamisesta. Talvisodan jälkeen Suomeen tilattiin ja saatiin humanitaarisena apuna sekä kurkkumätä- että hinkuyskärrokotteita, joita sitten lähdettiin koilemaan epidemiatilanteissa.

Rokote- ja lääkelahjoitukset modernisaation välineinä

Merkittävä osa talvisodan jälkeisistä ulkomaan lahjoituksista saatiin lääkintätarvikkeina. Tärkeitä olivat miljoona tablettia uutta sulfa-mikrobilääkettä sekä Englannista ja USA:sta lähetetyt kurkkumätä- ja hinkuyskärrokotteet. Vitamiinivalmisteita erityisesti riisitaudin hoitamiseen pyydettiin ja saatiin myös runsaasti. Lahjoitettujen lääkeaineiden yhteisarvo oli noin 5,5 miljoonaa markkaa, josta rokotteiden osuus noin kolmasosa.⁸¹⁷

⁸¹² 1936 piirilääkärien vuosikertomukset, Eba 6. LKHV, KA.

⁸¹³ Härö & Raunio 1990, 64–65, 67–68.

⁸¹⁴ Lewis 2000; Savonen 1940.

⁸¹⁵ Ruotsiin perustettiin Rockefeller-säätiön tuella vuonna 1938 *Statens Folkhälsoinstitut*. Samanlaisia laitoksia oli perustettu myös moniin muihin Euroopan maihin. Sundin & Willner 2007, 197–198.

⁸¹⁶ Härö & Raunio 1990, 66; Savonen 1938; Ea 199, d.k. 6291, 13.12.38. LKH V, KA.

⁸¹⁷ Toimintakertomus 1941, Db, SHTMK, SH, JyMA; kurkkumätäepidemia kts. luku 5.2.

Valtaosan lääkkeistä ja rokotteista toi Suomeen Kyllikki Pohjala, joka presidentti Hooverin kutsumana teki talvisodan päätyttyä vuonna 1940 varainkeruumatkan Yhdysvaltoihin. Sujuvan englanninkielen taitonsa ansiosta hän ylläpiti toimikunnan kirjeenvaihtoa amerikkalaisiin lahjoittajiin. Matkallaan Yhdysvalloissa Pohjala tapasi presidentti Franklin D. Rooseveltin, joka myönsi miljoonan dollarin avustuksen humanitaarisiin tarkoituksiin. Lahjoituksella hankittiin Suomen Huollon toimittaman listan mukaisesti tarvikkeita, jotka lähetettiin Petsamon kautta Suomeen.⁸¹⁸ Presidentti Hooverin keräämien varojen loppuosa sijoitettiin sulfalääkkeisiin ja rokotteisiin, jotka Pohjala toi henkilökohtaisesti mukanaan Suomeen syksyllä 1940 Petsamon kautta Saksan jo vallattua Norjan. Reitti oli vaarallinen, sillä laiva joutui kulkemaan sotatoimialueen läpi ja sukellusveneuhrka oli todellinen.⁸¹⁹

Talvisodan jälkeen saatu iso rokotelahjoitus Suomeen modernisoi suomalaisia käytäntöjä kulkutautien torjunnassa jo välirauhan aikana. Tästä oli suuri apu vuonna 1943 alkaneen laajan kurkkumätäepidemian hoitostrategian luomisessa. Ongelmiakin syntyi, kun lahjoitettujen rokotteiden käyttöaika oli umpeutumassa heinäkuussa 1941. Lääkintöhallitus lähetti keväällä 1941 tiedotteen kaikille lääkäreille maksuttomien kurkkumätärokotteiden saatavuudesta. Samoihin aikoihin *Suomen Lääkäriliiton aikakauslehdessä* ennustettiin, että rokotuksella voitaisiin kurkkumädästä Suomessakin päästä eroon. Kaikki lahjoitetut 30 000 annosta saatiin hyödynnettyä menestyksellä ennen umpeutumisaikaa.⁸²⁰

Sulfa-mikrobilääkkeen lahjoitus oli arvokas, sillä talvisodan epidemiat tyhjensivät apteekkien varastot Suomessa. Sulfavalmisteet tulivat markkinoille 1930-luvun puolivälissä, ensin pistettävässä muodossa (*Prontosil* 1935), ja sitten tabletteina.⁸²¹ Alkuaikoina sulfa oli tehokas etenkin lapsivuode- ja keuhkokuumeessa ja laski selvästi kuolleisuutta. Irvine Loudon on osoittanut, että Englannissa koko 1930-luvun vakaana pysynyt äitiyskuolleisuus lähti laskemaan sulfan tultua markkinoille, kun lapsivuodekuumetta voitiin hoitaa uudella lääkkeellä.⁸²² Sulfan tuotanto oli käynnistynyt 1930-luvun lopulla suomalaisissa lääketehaitaissa: vuonna 1939 *Sairaanhoitajatarlehdessä* lääketehdas Orion mainosti uutta ”kemoterapeutikumia” *Streptolysinia*, ”spesifiä lääkettä” streptokokki-infektioihin, kuten lapsivuodekuumeeseen, gonorrean (tippuriin) ja angiinaan.⁸²³

⁸¹⁸ Pohjala 1966, 106–108.

⁸¹⁹ Matkalla Pohjala sai konkreettisen todisteen uuden lääkkeen tehosta: sairaanhoitajan koulutuksen saanut Pohjala joutui puhkaisemaan potilaalta kaulapaiseen ja lääkitsemään häntä sulfalla. Potilas parani, vaikka hän alkujaan näytti olevan kuoleman kielissä. Pohjala 1966: 166, 119.

⁸²⁰ Järvinen 1941, 162–165; LH kiertokirje No 721, 14.3.1941; LH kiertokirje 731 18.7.1941 Db2 LKHV KA; Toimintakertomus 1940, Db1, SHTMK, SH, JyMA.

⁸²¹ Prontosilin kehittäjä Gerhard Domagk IG-Farbenilta sai Nobel-palkinnon 1939, jonka vastaanottamisen Hitler kielsi. Greenwood 2008, 66–71.

⁸²² Greenwood 2008, 74; Loudon 1991.

⁸²³ *Sairaanhoitajatarlehti* 1939. Maallikoiden keskuudessa todennäköisesti tunnetuin sulfan käyttöaihe oli tippurin hoito. Sulfaa sai Suomessakin alkuvuosina ilman reseptiä, ja esimerkiksi Martti Haavio otti lääkettä varalle mukaan rintamalle, jos ”sattuisi flunssa iskemään”. Ensimmäiset artikkelin sulfaresistenteistä bakteereista alkoivat ilmestyä vuonna 1942. Lesch 2007, 228.

Sulfa tuli markkinoille Suomessa juuri ennen talvisotaa, minkä seurauksena keuhkokuumeen ennuste parani huomattavasti. Kiihtelysvaarassa liikkui keväällä 1939 runsaasti influenssaa ja keuhkokuumetta, jotka ”sangen usein päättyivät kuolemaan”. Kun toukokuun puolivälistä lähtien alettiin käyttää MB 693⁸²⁴ ja kotimaista vastiketta *Sulfapyridin Medica* keuhkokuumeen hoitoon, supistui kuolemantapausten luku ainoastaan yhteen, vaikka ”keuhkokuume vielä raivosi voimakkaana”.⁸²⁵ Sulfalääkkeitä jaettiin keväällä 1940 käynnistyneissä kiertävissä lastenneuvoloissa. Niinpä Erkki Leppo saattoi raportissaan todeta, että Englannin Punaiselta Ristiltä lahjaksi saatua MB 693 oli neuvoloiden toimesta käytetty siirtoväen lasten hoitoon hyvillä tuloksilla. ”Varmasti monta elämää on pelastettu tällä erinomaisella keuhkokuumelääkkeellä.”⁸²⁶

Tuberkuloosirokotukset aloitetaan

Joulukuussa 1940 lääkintöhallitus teki päätöksen kalmetointien aloittamisesta Suomessa. Talvisota oli lisännyt tuberkuloosikuolleisuutta, mikä entisestään lisäsi halukkuutta rokotusten aloittamiseen. Ensimmäisenä alettiin rokottaa joulumerkkikotien lapsia, mikä mahdollisti lasten palauttamisensa takaisin kotiin jo kahdeksan kuukauden iässä, jos perheet pystyivät heidät vastaanottamaan. Toisena tärkeänä kohderyhmänä pidettiin rippikouluikäisiä nuoria, jotka eivät olleet vielä saaneet tuberkuloositartuntaa. Periaatteessa suositeltiin kaikkien vastasyntyneiden rokottamista.⁸²⁷

Rokkoaine saatiin lahjoituksena aina vuoteen 1950 saakka Göteborgin tuberkuloosilaboratoriosta, josta se herkästi pilaantuvana⁸²⁸ lennätettiin Suomeen viikoittain. Tartunnan testaamiseen käytettävän tuberkuliinin lahjoitti Tanskan seerumlaitos. Tuberkuliinitestausten suorittaminen ja rokottaminen annettiin yleensä terveyssisarten tehtäväksi.⁸²⁹ Rokotelahjoitus helpotti kalmetoinnin aloittamista, tosin kahden ensimmäisen vuoden aikana toiminta eteni hitaasti kesäkuussa 1941 uudelleen alkaneen sodan vuoksi.⁸³⁰ Vuonna 1943 puolustusvoimissa alettiin kalmetoida kaikki tuberkuliininegatiiviset alokkaat, joita testien perusteella oli noin 25 prosenttia. Kaikkiaan yli 10 000 alokasta rokotettiin ja kaikki mahdolliset sivuvaikutukset kirjattiin. Näin tehokasta ja nopeaa joukkotutkimusta kalmetoinnin vaikutuksista ja sivuvaikutuksista ei siviiliväestön keskuudessa olisi voitu suorittaa.⁸³¹

Lääkäreiden vuosikertomuksiin hajamerkintöjä siviiliväestön kalmetoinneista alkoi ilmaantua vuonna 1943. Lapin läänissä oli kurkkumätärokotus-

⁸²⁴ May & Baker-tehtaan vuonna 1937 kehittämä sulfapyridiini-valmiste. Lesch 2007, 187.

⁸²⁵ Kiihtelysvaaran kl vk 1939, Ebb 19, LKHV, KA.

⁸²⁶ Leppo, Erkki: Kertomus... Ebn 3, LKHV, KA.

⁸²⁷ Härö 1992, 169–170; Savonen 1940. Joulumerkkikodesta Hakosalo, 2015; Tamminen 1982; Teramo 2003.

⁸²⁸ Rokote säilyi käyttökelpoisena vain 10–14 päivää. STVY kiertokirje 26.3.1941. Ea 8 Helsingin piirilääkäriarkisto, KA.

⁸²⁹ Härö 1992, 170–171.

⁸³⁰ Härö 1998, 96–99; Savonen 1940.

⁸³¹ Lääk.osasto I kirje No 11948/Lääk.5/190.c.sal. 17.10.1944, T20950 1944 F49 KA.

ten yhteydessä kalmetoitu 2169 lasta.⁸³² Ahkerimpia oltiin palautetussa Karjalassa, jossa rokotettiin sekä imeväisiä että rippikoulun päättäneitä. Impilahdella syksyllä 1943 kaikki rippikoululaiset määrättiin röntgenlöpivalaisuun ja heille suoritettiin tuberkuliinikoe, joissa negatiivisen tuloksen saaneet kalmetoitiin.⁸³³ Huonojen kulkuyhteyksien vuoksi kalmetointi saattoi olla hankalaa rokotteen nopean pilaantumisen vuoksi. Sen sijaan tuberkuloosidiagnostiikka vilkastui huomattavasti terveyssisarten neuvoloissa tekemien tuberkuliinitestien ansiosta.⁸³⁴ Johtavien terveyssisarten raporteissa valitettiin tuberkuloosityön hajanaisuutta ja tiedon kulun vaikeutta. Tuberkuloosihuoltotyöllä oli oma organisaationsa, eikä tieto välttämättä kulkenut kunnan terveydenhuoltohenkilöstölle. Lisäksi sodan vuoksi ei ollut henkilökuntaa tekemään tarkastuksia ja parantoloita oli niukasti.⁸³⁵

Kommentteja väestön suhtautumisesta kalmetointiin ei ollut kirjattu vuosikertomuksiin. Yleisesti mainittiin, että väestö kävi mielellään tuberkuloosiseulonnoissa, vaikka parantavaa hoitoa tuberkuloosiin ei ollut saatavilla. Tuberkuloosivalistusta oli harjoitettu vuosikymmeniä tehokkaasti, mikä saattoi lisätä väestön halukkuutta tulla tutkimuksiin. Toisaalta lääkärin diagnosoima tuberkuloosi oikeutti lisäannoksiin säännöstelytaloudessa.⁸³⁶ Varsinaiset suuret rokotuskampanjat pystyttiin aloittamaan vasta sodan loputtua.

5.2 Viimeinen kurkkumätäpandemia

Kun sotavuodet pikemminkin hidastivat kalmetoinnin käynnistymistä väestötasolla, sota modernisoi nopeasti kurkkumädän torjuntastrategiat. Jatkosodan vuosina koettiin myös Suomessa viimeinen laaja, suurta kuolleisuutta aiheuttanut kurkkumätäpandemia, joka lopullisesti muutti Suomen suhtautumista taudin ehkäisyyn. Siirryttiin massarokotuksiin, jotka annettiin terveyssisarten hoidettavaksi. Kampanja merkitsi samalla käytännön rokotustoiminnan siirtymistä lähes kokonaan pois lääkäreiltä ja terveyssisarten aseman vahvistumista rokotusasiantuntijoina. Kampanjan voidaan myös katsoa aloittaneen rutiininomaiset rokotuskäytännöt lastenneuvoloissa.

Kurkkumätä eli *difteria* oli aikaisemmin vakava ja erityisesti lapsilla korkeaa kuolleisuutta aiheuttanut tauti, jonka aiheuttaja on *Corynebacterium diptheriae*-niminen bakteeri. Pisaratartuntana leviävään tautiin sairastuminen antoi elinikäisen vastustuskyvyn. Kurkkumätää esiintyi yleensä epidemioina syys- ja talvikauden aikana muutaman vuoden välein. Ennen seerumin ja antibioottien aikakautta tautiin sairastuneista lapsista kuoli 25–30 pro-

⁸³² Lapin lääninlääkärin vk 1943, Eba: 15 LKHV, KA.

⁸³³ Sortavalan pl vk 1943, Eba: 15, LKHV, KA.

⁸³⁴ Vuonna 1943 Sortavalan piirissä kalmetoitiin 85 koululaista ja 123 pikkulasta. Sortavalan piirin johtavan terveyssisaren vk 1943, Ebk: 4, LKHV, KA.

⁸³⁵ Uudenmaan suomenkielissä piirissä 93 koululaista oli kalmetoitu, Viipurin piirissä taas 493 henkilöä. Johtavien terveyssisarten toimintakertomukset 1943–45. Ebk, LKHV, KA.

⁸³⁶ Ohjeet lääkäreille sairasantosten määräämisestä. *Säännöstelytiedotuksia* N:o 42/1944 Db 2 LKHV, KA.

senttia, mutta joskus jopa 50–60 prosenttia. Suurimmassa vaarassa olivat alle viisivuotiaat lapset. Kurkkumädässä nieluun tulee paksut valkoiset peitteet angiinan tavoin. Itse kurkkutulehdus on paikallinen, mutta taudin yleisoireet johtuvat kurkkumätäbakteerin erittämästä voimakkaasta hermomyrkystä, joka lamauttaa nielun, hengityksen, verenkierron tai sydämen toiminnan ja voi aiheuttaa kuoleman. Kuolema voi johtua myös paikallisen tulehduksen aiheuttamasta kurkunpään tukkeutumisesta. Vaikea taudinkuva oli helppo diagnosoida ilman lisätutkimuksia, mutta epäselvissä tilanteissa oli mahdollisuus tehdä nielunäytteestä taudin mikrobiologinen tunnistus. Epidemiatilanteissa väestössä oli myös oireettomia bakteerinkantajia, jotka saattoivat tietämättään tartuttaa ympäristöään. Tyypillistä oli, että monet sairastivat kurkkumädän vähäisin oirein ilman että tautia koskaan diagnosoitiin. Schick-ihotestillä voitiin tutkia, oliko henkilö aikaisemmin sairastanut tautia.⁸³⁷

Saksalainen Behring kehitti 1900-luvun alussa kurkkumätäseerumin, joka sairastuneelle ajoissa annettuna laski kuolleisuutta alle kymmeneen prosenttiin. Seerumia annettiin myös tartunnalle altistuneille. 1920-luvulla kehitetty rokote tuli yleisesti käyttöön Ranskassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa.⁸³⁸ Kurkkumätäepidemioiden torjumisesta keskusteltiin 1930-luvulla laajasti. Koko väestön rokotus katsottiin etenkin Kanadassa ja Yhdysvalloissa tehokkaimmaksi torjuntamuodoksi, kun taas Suomessa ja muissa Pohjoismaissa karanteeni ja seerumpistos sekä sairastuneille että altistuneille katsottiin riittäväksi toimintastrategiaksi. Asiantuntijat alkoivat kuitenkin useissa maissa kallistua 1930-luvun loppupuolella rokotusmyönteisiksi uhkaavan sodan vuoksi.⁸³⁹ Sotavuosina ei ollut käytössä tautiin tehoavia antibiootteja, minkä vuoksi ainoa tapa estää taudin leviäminen oli eristää bakteerinkantajat. Kantajien eristys voitiin purkaa vasta, kun oli saatu kolme perättäistä negatiivista nielunäytettä. Hoitojaksot saattoivat venyä pitkiksikin, vaikka yleiskunto olisi sallinut kotiuttamisen. Näin epidemia vaati paljon sekä henkilö-, sairaala- että laboratorioresursseja.⁸⁴⁰

Toinen maailmansota käynnisti läntisen teollistuneen maailman viimeisen kurkkumätäpandemian, joka alkoi Saksasta ja levisi sitten armeijan mukana valloitetuihin maihin.⁸⁴¹ Hollanti, Tanska ja Norja kärsivät vakavista epidemioista. Pahiten epidemia koetteli Norjaa, jossa vuonna 1943 oli jo 23 000 sairastunutta, kun vuonna 1939 tapauksia oli ollut vain 54. Jopa Ruotsissa sairastuneiden luku nelinkertaistui vuonna 1944 sotaa edeltävään tasoon nähden.⁸⁴² Iso-Britanniassa kurkkumätärokotukseen oli suhtauduttu

⁸³⁷ Jos veressä oli vasta-aineita, oli Schick-koetestin positiivinen, eli henkilö oli jo sairastanut taudin. Kiple 1993, 680–683; Plotkin 2013, 153–156.

⁸³⁸ Kyseessä on ns. toksoidirokote, joka suuntautuu kurkkumätäbakteerin tuottamaa toksiinia eli myrkkyä vastaan. Vitek and Wharton 1998; Stuart G 1945; Parish 1965; Lewis, 2000.

⁸³⁹ Lewis, 2000.

⁸⁴⁰ Kiple 1993, 680.

⁸⁴¹ Saksassa epidemia oli alkanut noin vuonna 1935, jolloin sairastuvuus oli noin 20/100 000. Vuosina 1943 ja 1944 sairastuneita oli enimmillään yli 200 000. Anderson 1947.

⁸⁴² Eskola et al. 1998, 635–645; Collins 1946, 203–204; Vitek and Wharton 1998; Stuart 1947.

konservatiivisesti sotaa edeltävinä vuosina, vaikka Yhdysvalloissa ja Kanadassa sillä oli saavutettu merkittäviä tuloksia. Vuonna 1940 käynnistettiin kansallinen kampanja lasten rokottamiseksi kurkkumätää vastaan, sillä sodan syttyminen ja sen mukanaan tuomat laajat evakuoinnit nostivat massa-epidemian riskiä. Yli viisi miljoonaa lasta rokotettiin vuosien 1940 ja 1943 välillä, eikä mannermaan epidemia koskaan rantautunut Iso-Britanniaan.⁸⁴³

Suomessa kurkkumätää oli esiintynyt vuosien 1927 ja 1937 välissä 1000–4000 tapausta vuodessa kuolleisuuden ollessa 7–8 prosenttia. Sairastuneet pyrittiin eristämään, sen lisäksi sairastuneille ja tartunnalle altistuneille annettiin kurkkumätäseerumia.⁸⁴⁴ On huomattava, että vuonna 1939 julkaisussa maaseudun terveydenhoitokomitean mietinnöstä mainintaa rokotusohjelman laajentamisesta ei löydy, mutta jo vuonna 1941 Savosen kansanterveyspamfletissa sitä selvitettiin jo laajasti. Yhdysvalloissa oli käynnissä Savosen vierailun aikana vuonna 1938 ”voimakas mainostus” vapaaehtoisen kurkkumätärokotuksen hyväksi. Pyrkimyksenä Baltimoressa oli rokottaa kaikki kuusi kuukautta täyttäneet lapset, ja kurkkumädän aiheuttamat kuolemantapaukset olivat lähes tyystin hävinneet sen jälkeen, kun rokotukset aloitettiin. Keväällä 1942 Savonen ehdotti jo pakollista kurkkumätärokotusta.⁸⁴⁵

Talvisodan jälkeen saatu iso rokotelahjoitus Suomeen mahdollisti rokotekokeilun ja totutti samalla ajatukseen terveiden ihmisten ennaltaehkäisevää immunisaatiota. Kurkkumätärokotteiden käyttöä harjoiteltiin pienten epidemianalkujen tukahduttamisessa vuodesta 1941 alkaen. Enossa rokotettiin 95 lasta, Isossakyrössä taas 278 henkeä. Taivalkoskella nähtiin aikakaudelle tyypilliset toimintatavat kulkutautien yhteydessä. Kuntaan komennettu aluelääkäri Dolly Odenwall kertoi seurojen ja kokousten olleen kiellettyjä melkein koko vuoden kulkutautien takia. Pari kouluakin pidettiin syksyllä muutamia viikkoja suljettuna. Kaikki 34 sairastunutta yritettiin eristää, useimmat kulkutautisairaalaan, ja ”suojaseerumia” annettiin kevättalvella taudille altistuneille koululaisille. Kesällä 1941 rokotettiin kurkkumätää vastaan noin 500–600 mahdollisesti altistunutta lasta. Tästä ei kuitenkaan näyttänyt olevan paljon apua, sillä osa rokotetuista sairastui.⁸⁴⁶ Vuonna 1942 rokotus oli jo yleistynyt, ja rokotetta oli käytetty Iisalmen, Joensuun, Oulun, Rautalammin, Viipurin sekä Tohmajärven piireissä. Vaasan piirissä oli piirilääkäri Hokkasen mukaan harjoitettu ”suojaymppäystä vähäisessä määrässä”. Kajaanissa difteriaa vastaan oli myöskin toimitettu rokotus useissa pitäjissä niissä paikoissa, missä oli sattunut kurkkumätätapauksia.⁸⁴⁷

⁸⁴³ Stuart 1947; Lewis 2000.

⁸⁴⁴ Viljo Rantasalo oli Helsingissä aloittanut vuonna 1938 kokeilun kurkkumätärokotteella. Härö & Raunio 1990, 84–85; STV 1928–1940, kulkutaudit.

⁸⁴⁵ Savonen 1939; Savonen *SLA* 1942, 45.

⁸⁴⁶ Ohjeiden mukaan rokotetta piti antaa kahdesti, ja on oletettavaa, että osa oli jo rokotettaessa saanut tartunnan tai että rokotussarjat jäivät vajaiksi. Joensuun pl vk 1941, Taivalkosken al vk 1941, Eba:13, LKHV, KA; Isonkyrön kl vk 1941, Ebb: 21, LKHV, KA.

⁸⁴⁷ Piiri- ja aluelääkäreiden vuosikertomukset 1942, Eba: 14, LKHV, KA.

Suomessa kurkkumätäsairastavuus alkoi nousta vuonna 1938, mutta varsinainen epidemia alkoi vuonna 1943, jolloin 15 000 tapausta rekisteröitiin.⁸⁴⁸ Vaikka Suomella oli läheiset kontaktit saksalaisiin sotilaisiin, on pidetty epätodennäköisenä, että epidemia olisi kulkeutunut Suomeen saksalaisten sotilaiden mukana, sillä kurkkumätä oli Suomessa endeeminen eli kotoperäinen. Epidemian huippu tuli vuonna 1945, jolloin rekisteröitiin noin 18 000 tapausta, hieman myöhemmin kuin muualla Euroopassa.⁸⁴⁹ Edellinen epidemia oli 20 vuotta aiemmin, mikä selittäisi uuden sairastumispiikin ajankohdan väestön immuniteetin taas laskettua tarpeeksi alas.⁸⁵⁰

Uutta kurkkumätäepidemiaa osattiin ennakoida, sillä tiedossa oli taudin lisääntyminen koko Euroopassa ja Suomessa sairastuneiden määrä oli alkanut hiljalleen nousta. Suomessa lääkärit olivat perinteisesti suorittaneet isorokkorokotukset, mutta epidemiatilanteessa sodan aikana olisi kuitenkin ollut mahdotonta jättää rokottamista lääkäreiden varaan vaikean lääkäripulan vuoksi. Terveysissaria alettiinkin vuonna 1943 opettaa tekemään kurkkumätärokotuksia ja immuniteettia selvittäviä Schick-kokeita.

Lääkintöhallitus lähetti vuonna 1943 terveyssisar Tyyne Jussilan maakuntiin tarkastamaan kulkutautien vastustusta ja opettamaan hoitajille kurkkumätärokotuksen antamista. Tammikuussa Jussila kävi Äänekosken kauppalaissa, sillä siellä oli syksyn ja syystalven kuluessa esiintynyt 19 kurkkumätätapausta, joista useimmat olivat kansakoululapsia. Tämän vuoksi päätettiin toimeenpanna rokotus kansakoulussa ja yhteiskoulussa. Jussila teki Schick-kokeen kaikkiaan 502 henkilölle ja rokotti kaikkiaan 194 henkilöä. Kokeen perusteella siis yli puolet oli aikaisemmin sairastanut taudin.⁸⁵¹ Toukokuussa terveyssisar Jussilaa pyydettiin Oulun lääniin opettamaan rokotustekniikkaa terveyssisarille, sillä läänissä oli esiintynyt kurkkumätää runsaasti. Useat kunnat olivat ilman kunnanlääkäreitä sodan edelleen jatkuessa, ja kun paikalla olevilla kunnanlääkäreillä oli muutenkin runsaasti töitä, jäivät kurkkumätärokotukset terveyssisarten tehtäväksi. Jussila kiersi useilla paikkakunnilla Oulun läänissä ja tapasi kiertomatallaan 25 terveyssisarta 22 eri kunnasta.⁸⁵²

Syyskuussa 1943 kurkkumätätapaukset lähtivät jyrkkään nousuun, jolloin lääkintöhallitus toimeenpani ”yleisen ja vapaaehtoisen rokotuksen” 1–15-vuotiaille lapsille. Rokotus voitiin lääkintöhallituksen ohjeiden mukaan antaa ”terveyssisaren suoritettavaksi lääkärin johdolla”. Rokotteiden saannissa oli vaikeuksia, sillä kaikkialla saksalaisten valtaamilla alueilla raivosi difteriaepidemia. Suomeen voitiin ostaa rokotteita ainoastaan Saksasta ja sen liit-

⁸⁴⁸ Härö & Raunio 1990, 84–85; STV 1940 Kulkutaudit.

⁸⁴⁹ Kaiken kaikkiaan vuosina 1943–1949 tautiin sairastui noin 70 000 henkilöä. Kuvio sairastuneista ja rokotetuista luvussa 7.5 sekä vuosittaiset luvut liitteissä 5. ja 6. STV 1945–1950 Kulkutaudit.

⁸⁵⁰ Infektiotautien erikoislääkäri, LKT Jukka Lumio, henkilökohtainen tiedonanto 19.10.2009.

⁸⁵¹ Tyyne Jussila: Selostus matkasta Äänekosken kauppalaan, Äänekosken maalaiskuntaan ja Suolahteen, aikana 25/I–30/I 1943. Kulkutautiraportteja 1940–1944, Egb, LKHV, KA.

⁸⁵² Tyyne Jussila: Selostus matkasta Ouluun, Haukiputaalle, Oulunjoelle, Kajaaniin, Sotkamoon ja Kajaanin maalaiskuntaan aikana 16/5–25/5 1943, koskien kurkkumätärokotuksen ja Schick-kokeiden suorittamista ja opettamista Oulun läänin terveyssisarille. Kulkutautiraportteja 1940–1944, LKHV, KA.

tolaismaista Italiasta ja Unkarista. Täyden tehon saamiseksi oli annettava kaksi annosta. Myös Suomen puolustusvoimien bakteerilaboratorio oli alkanut valmistaa kurkkumätärokotetta vuonna 1942. Noin 400 000 1–15-vuotiasta lasta rokotettiin vuosien 1943–45 välillä enimmäkseen kouluissa ja lastenneuvoloissa. Laajasta rokotustoiminnasta huolimatta samoina vuosina tautiin kuoli 3 000 henkeä. Epidemia jatkui vähitellen hiipuen vuoteen 1949 saakka.⁸⁵³

Puolustusvoimissa aloitettiin syksyllä 1943 joukkorokotukset suomalais-valmisteisella kurkkumätärakotteella, jota annettiin kaksi annosta kuukauden välein.⁸⁵⁴ Kaikille alokaille tehtiin rokkoaineen säästämiseksi ensin Schick-koe, josta kävi ilmi, että noin puolet alokkaista oli sairastanut kurkkumädän jo aikaisemmin.⁸⁵⁵ Rokotuksista huolimatta kaikkiaan 6 000 sotapalveluksissa olevista sairastui tautiin vuosina 1943 ja 1944 kuolleisuuden ollessa kuitenkin matalampi kuin siviiliväestöllä, mahdollisesti paremmista lääkintäpalveluista johtuen.⁸⁵⁶ Ilman jälkitauteja sairastettu kurkkumätä merkitsi viiden viikon vapautusta rintamapalvelusta.⁸⁵⁷

Rokottamisen merkitystä ei alkuun ymmärretty eikä tehokkuuteen luotettu. Tilanne muuttui kuitenkin nopeasti epidemian laajentuessa. Haapajärvellä vuodesta 1931 toiminut terveyssisar Ada Mikkonen muistelee, kuinka melkein poikkeuksetta kaikki pienet lapset tuotiin rokotettavaksi. ”Äidit olivat jo oppineet minuun luottamaan monissa asioissa, niin luottivat nyt tässäkin”. Ainoastaan kerran eräs äiti kielsi rokottamasta kahta lastaan. Tarina päättyi traagisesti, sillä toinen lapsista kuoli kurkkumätään. Onneksi toinen saatiin pelastettua seerumin avulla.⁸⁵⁸

Hiitolassa, palautetussa Karjalassa alkoi pieni kurkkumätäepidemia toukokuussa 1942, siis ennen varsinaista vuoden 1943 suurepidemiaa.⁸⁵⁹ Suojarokotuksia annettiin kesäkuussa sairastuneiden lähipiiriin. Kun yhä uusia tapauksia jatkuvasti ilmaantui, järjestettiin elokuussa 1942 ”mahdollisimman tarkka yleistutkimus” tapauksista. Terveyssisar sai apuvoimia ottamaan selvää tautitapauksien esiintymisestä, ”pesäpaikoista ja mahdollisista korjattavista epäkohdista”. Nielunäytteitä otettiin 168 henkilöltä, joista kolme todettiin basillinkantajiksi ja eristettiin sairaalaan. Elokuussa suojarokotukset aloitettiin uudelleen ja yhteensä 115 henkilöä rokotettiin. Piirilääkäri Jaak-

⁸⁵³ Kuvioon 10 on sivulla 275 piirretty sekä sairastuneiden että rokotettujen määrät epidemiakaudella. LH kiertokirje 23.9.1943; Kunnanlääkärien kertomukset 1943, LKH V, KA; SVT XI 1939 – 52, taul. 5; Bakteerilaboratorio 1944, F49, T20950, Lääkintöosasto I KA.

⁸⁵⁴ Puolustusvoimien Vaasan bakteerilaboratoriossa valmistettiin armeijalle rokotteita. Vuonna 1943 oli valmistettu yli 20000 kurkkumätärakoteannosta. Bakt.lab 4:n toimintakertomus toiselta sotavuodelta 1942–1943. 4.9.1943. F30, T2949, KA.

⁸⁵⁵ Päämaja Lääkintöosasto I No 11215/Lääk.5/190 b. sal. Koskee: Alokkaiden rokotuksia. 1943 F30, T2949, KA. Kotijoukkojen esikunta No 2915/Lääk./ 10/c sal. Asia: Tulokset Schick-kokeista, Pirquet-kokeista ja Mantoux-kokeista. 13.6.1944, 1944 F49, T20950, KA.

⁸⁵⁶ Westerlund 2009, 326. Jostain syistä puolustusvoimissa kurkkuepidemian kuolleisuus oli vain 1 % verrattuna siviiliväestön kuolleisuuteen, joka oli noin 5 %.

⁸⁵⁷ Jos kuitenkin vielä kuuden viikon kuluttua potilas eritti difteriabasiljeja, oli suoritettava nielurisa-leikkaus. 10.6.1944 Kiertokirje 820/1944. LKHV, KA.

⁸⁵⁸ *Hoitotyön muistot* 2000, 118–119.

⁸⁵⁹ Sairastuneita oli 26. Neljä kuoli sydänkomplikaatioihin ja yksi lapsi tukehtui.

kimainen kertoi asukkaiden vielä kesäkuussa salailleen tapauksiaan, ja vasta vaikeat tapaukset tulivat tietoon. Yleinen mielipide oli kuitenkin saatu muuttamaan: pienetkin anginatapaukset ilmoitettiin ja pyydettiin ”suojarokotusta”. Olivatpa pienet lapsetkin taluttaneet rokotuspaikalle leikkiveriteita.⁸⁶⁰

Lääkintöhallitus halusi luonnollisesti raportteja rokotustoiminnan onnistumisesta ja rokotteen sivuvaikutuksista. Raporteissaan aina yhtä seikkaperäinen kunnanlääkäri Torkkola selvitteli kurkkumätärrokotuksen onnistumista Pyhäjärvellä, jonne jo helmikuussa 1943 oli ilmaantunut ”harvinaisen toksista diphteriaa”. Lääkintöneuvos Savonen oli lähettänyt 150 annosta ”Puolustusvoimain bakteeri laboratorion Difteriarokotetta No 3”, jolla rokotettiin 148 lasta: 46 leikki-ikäistä ja 102 kansakoululaista. Alle kouluikäisille ei ilmaantunut minkäänlaista rokotusreaktiota, mutta muutamalla yli 10-vuotiaalla oli rokotuspäivän iltana lievää kuumetta ja päänsärkyä. Touku-kuussa lääkintöhallitus lähetti lisää rokotetta, joka oli milanolaista. Tästäkään ei tullut mainittavia sivuoireita. Kaiken kaikkiaan kunnassa vuonna 1943 rokotettiin 1873 lasta, joista leikki-ikäisiä oli 669 ja kansakoululaisia 1204. Torkkola oli ainoa lääkäri Pyhäjärven 8500 asukkaan kunnassa, joten hänen olisi ollut mahdotonta suoriutua yksin näin suuresta urakasta.⁸⁶¹ Torkkola totesikin lopuksi, että rokottaminen voidaan jättää terveyssisarten suoritettavaksi:

*”rokotus on osoittautunut täysin vaarattomaksi ja voidaan, kokemuksen mukaan, sen toimittamien jättää huolehti vastuuntuntoisten terveyssisarien ja heihin verrattavien suoritettavaksi. Tärkeintä on, että toistaiseksi ainakaan ei yksikään suojarokotettu ole sairastunut diphteriaan. Siinä suhteessa, samoin kuin siedettävyytensäkin nähden, ovat kaikki 3 eri rokotetta olleet samanarvoisia.”*⁸⁶²

Sortavalan piirissä rokotustoiminta oli vilkasta syksystä 1943 alkaen. Piirilääkäri Jaakkimaisen vuosikertomukseen on liitetty laaja raportti piirin menestyksellisestä rokotuskampanjasta. 110 000 asukkaan piirissä oli vuodenvaihteeseen mennessä rokotettu 15 000 lasta. Elokuussa aloitettiin lasten rokottaminen aina puolivuotiaista kouluikään saakka. Sairastuneiden määrä oli korkeimmillaan loka-marraskuussa, minkä jälkeen se alkoi laskea. Huomattavaa oli, että sairastuneiden keskimääräinen ikä alkoi nousta. Jaakkimainen esittikin, että kurkkumädän hävittämiseksi olisi kaikki Schick-positiiviset rokotettava, ”eikä vain lapset”. Sairaalapajoista oli huutava pula, ja osa piirin sairaista lapsista hoidettiin Sortavalan sotasairaalassa,⁸⁶³

Rokotuskattavuudet olivat vuosikertomusten mukaan kaikkialla korkeita. Selitystä hyvään rokotuskattavuuteen voi hakea siitä, että kurkkumätää vastaan oli käytetty seerumia sekä hoitavassa että ehkäisevässä mielessä jo usei-

⁸⁶⁰ Helmi Jaakkimainen: Lääkärin selostus difteriatapauksista Hiitolassa. 14.9.1942. Kulkutautiraportteja 1940–1944, Egb, LKHV, KA

⁸⁶¹ Pyhäjärven kl vk 1943, Ebb: 23, LKHV, KA. Suomeen tuotiin rokotetta myös Saksasta, mm. Sächsisches Serumwerk A.-G.:n valmistamaa *Diphtherie-Schutzimpfstoff Dresden* –rokotetta. Ea 1-3, STHMK, SH, JyMa. Ilmeisesti Pyhäjärvellä oli käytössä myös saksalainen rokote.

⁸⁶² Alleviivaukset Torkkolan. Pyhäjärven kl vk 1943, Ebb: 23, LKHV, KA.

⁸⁶³ Sortavalan pl vk 1943, Eba 15, LKHV KA.

ta vuosikymmeniä, eli pistäminen oli tuttua. Toisaalta tauti tiedettiin vaaralliseksi. Kurkkumädän jälkitaudit, munuais- ja sydänviat olivat yleisiä ja tunnettuja. Tärkeä oli myös se seikka, että rokotuksen suorittivat luotetut henkilöt, jotka olivat tulleet tutuksi paikalliselle väestölle. Pakollisen isorokkorokotuksen kohdalla oli sen sijaan sota-aikanakin jatkuvasti ongelmia. Isorokko kuului jo menneisyyteen: motivaatiota usein vaaralliseksi miellettyyn rokotukseen ei ollut.

Sota-aika modernisoi nopeasti kurkkumädän torjunnan Suomessa, ja samalla rokotukset siirtyivät terveysisarten suoritettavaksi. Käytäntö jatkui lastenneuvoloissa rokotusohjelman laajentuessa 1940-luvun loppupuolella. Terveysisarten itsenäinen työnkuva vahvistui siten entisestään.

5.3 ”Lasten terveydentila jopa parempi kuin rauhanvuosina”

Piiri-, alue- ja kunnanlääkärien vuosikertomusten perusteella on mahdollista saada kohtalaisen hyvä käsitys siviiliväestön ”terveydenhuollollisesta sotakokemuksesta”. Tekstien kautta voi seurata ruohonjuuritason terveydenhuoltoa, sodan tuomia vaikeuksia, mutta toisaalta uudistuksiakin. Samalla on mahdollista riveiltä ja rivien välistä arvioida raportojien ajatuksia ja mielipiteitä sekä mahdollisia asennemuutoksia sodan aiheuttaman kriisin seurauksena. Vuosikertomukset olivat luonteeltaan virantoimitukseen liittyvää terveydenhuoltojärjestelmän sisäistä raportointia, asiatekstiä, jossa isänmaallisella retoriikalla ei ollut sijaa. Tässä suhteessa ne erosivat kansanterveyslääkäreiden julkaisemista tarkoitushakuisista ja propagandasävytteisistä lehtiartikkeleista.⁸⁶⁴

Kertomusten määrä, taso ja laajuus (1–43 sivua) vaihtelevat vuodesta toiseen. Tämä johtuu osittain kriisivuosien lääkäripulasta valtaosan lääkäreistä ollessa rintamapalveluksessa, mutta myös siitä, että vuodesta 1943 alettiin perustaa lääninlääkärin virkoja, jolloin piirilääkäripiirejä vähitellen lakkautettiin.⁸⁶⁵ Osa lääkäreistä laati pitkiä selostuksia, joissa he kuvailivat tarkasti alueensa yhteiskunnallista ja taloudellista tilannetta.⁸⁶⁶ Sotavuosina kunnissa oli paljon sijaisia, jotka eivät lyhyillä komennuksillaan pystyneet perehtymään sijoituspaikkansa olosuhteisiin; näin ollen kertomuksetkin jäivät ly-

⁸⁶⁴ Sotavuosilta 1939–1944 olen lukenut 432 lääkärin kirjoittamaa vuosikertomusta. Mukana ovat kaikki saatavilla olevat 268 piiri- ja aluelääkäreiden kertomusta sekä 164 kunnanlääkäreiden kertomusta luovutetun Karjalan, Vaasan, Kristiinankaupungin, Haapajärven, Tohmajärven ja Ruoveden piireistä. Valinta kattaa ruotsinkielisen länsirannikon sekä Hämeen, Oulun, Kuopion ja Viipurin läänit. Suurimmat kaupungit: Helsinki, Oulu, Turku ja Tampere, eivät ole mukana analyysissä. Terveysisarten kertomuksia ei voi systemaattisesti kerätä, mutta joitakin on satunnaisesti liitetty kunnanlääkäreiden vuosikertomusten yhteyteen. Sortavalan piirilääkärin arkistosta löytyi 16 terveysisaren kertomukset vuodelta 1942.

⁸⁶⁵ Vuonna 1943 jättivät kertomuksensa jo Kuopion, Lapin, Mikkelin, Oulun, Tampereen, Turun ja Porin, Uudenmaan ja Vaasan lääninlääkärit. Piirilääkäripiirit ja –virat lakkautettiin tammikuuhun 1948 mennessä. Viimeiset piirilääkärikertomukset löytyvät arkistosta vuodelta 1946.

⁸⁶⁶ Erityisesti Pyhäjärven kunnanlääkäri Torkkola ja Kuusamon aluelääkäri Ervasti.

hyiksi ja pintapuolisiksi. Taulukkoon 15 olen kirjannut, kuinka monessa vuosikertomuksessa on maininta äitiys- ja lastenneuvonnasta. Eniten mainintoja on löydettävissä aluelääkäreiden kertomuksista⁸⁶⁷ rajaseudulta, jonne talvisodan jälkeen rakennettiin uusia terveystaloja Suomen Huollon rajaseutumiljoonilla.

Taulukko 15. *Maininnat äitiys- ja lastenneuvonnasta piiri-, alue- ja kunnanlääkäreiden vuosikertomuksissa 1939–1944*

	Kertomusten lukumäärä	Mainintoja äitiysneuvoloista	Prosentti-osuus	Mainintoja lastenneuvoloista	Prosentti-osuus
1939	89	10	11,2	14	15,7
1940	90	19	21,1	29	32,2
1941	65	18	27,7	33	50,8
1942	69	20	29,0	25	36,2
1943	74	26	35,1	39	52,7
1944	45	17	37,8	23	51,1
Yhteensä	432	110	25,5	163	37,7

Lähde: Piiri-, alue- ja kunnanlääkäreiden vuosikertomukset 1939–1944. Eba 10–6 ja Ebb 18–24, LKHV, KA.

Imeväiskuolleisuuden muutoksia alettiin tarkemmin seurata ja kommentoida talvisodan jälkeen. Ennen sotaa imeväiskuolleisuutta ei välttämättä ilmoitettu, vaan saatettiin esimerkiksi kertoa alle yksivuotiaana kuolleiden osuus kokonaiskuolleisuudesta tai pelkästään syntyneiden ja kuolleiden määrät.⁸⁶⁸ Välirauhan aikana aktivoitunut keskustelu lasten terveydentilasta vaikutti myös lääkäreiden tapaan kuvata väestönmuutoksia omalla alueellaan, ja alle yksivuotiaiden kuolleisuus alettiin ilmoittaa imeväiskuolleisuutena.

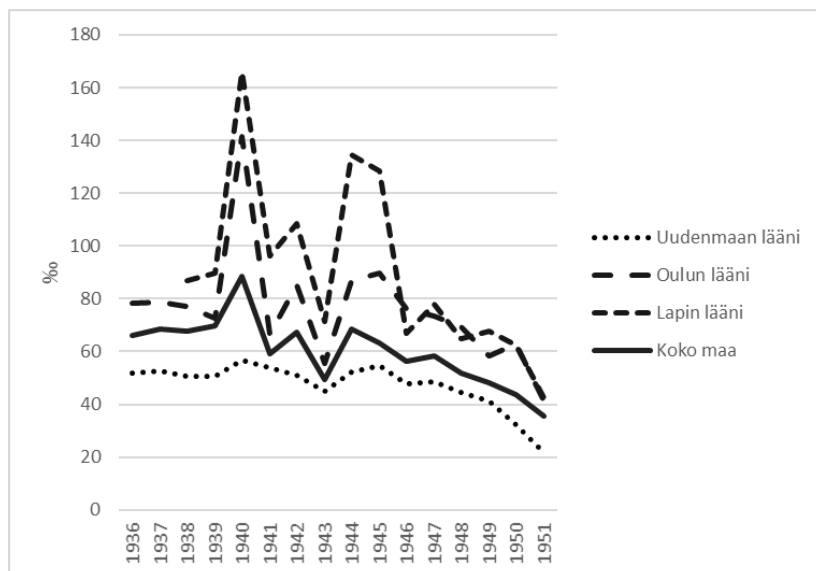
Sotavuosina nähtiin imeväiskuolleisuudessa suuria heilahteluja, jotka olivat pääasiassa yhteydessä evakointeihin, huonoihin majoitusolosuhteisiin ja niihin liittyviin epidemioihin. Pienten lasten ravitsemus oli kohtalaisesti turvattu koko sotakauden ajan, eivätkä mahdolliset ravitsemushäiriöt heijastuneet kuolleisuuteen. Talvisodan aiheuttama kriisi rajaseudun evakuoitujen lasten keskuudessa näkyi vuonna 1940 tavattoman korkeina kuolleisuuslukuina. Uudellamaalla tilanne taas pysyi ennallaan. Vuonna 1943 imeväiskuolleisuus laski ennätysmäisen alhaiselle tasolle, mikä on tutkimuskirjallisuudessa aikaisemmin jäänyt vähälle huomiolle. Vuonna 1943 ravitsemustilanne maassa oli hyvä ja väestö pysyi pääosin paikallaan. Vuoden 1944 aikana kuolleisuus nousi jälleen erityisesti Lapin läänissä, jonka koko väestö jouduttiin saksalaisia vastaan käydyn sodan vuoksi siirtämään Ruotsiin ja Poh-

⁸⁶⁷ Vuonna 1943 jopa 85 prosentissa aluelääkäreiden kertomuksissa mainitaan lasten terveysneuvonta. Eba 15, LKHV KA.

⁸⁶⁸ Vuonna 1938 esimerkiksi Isojoen ja Metsäpirtin kunnanlääkärit ilmoittivat pelkästään syntyneiden ja kuolleiden erittelemättömän luvun. Kunnanlääkäreiden vuosikertomukset 1938. Ebb 18, LKHV.

janmaalle.⁸⁶⁹ Kuvio 4 näyttää, kuinka heilahtelut imeväiskuolleisuudessa poistuivat vasta vuonna 1946, ensimmäisenä kokonaisena rauhan vuotena.

Kuvio 4 Imeväiskuolleisuus 1/1000 Suomessa vuosina 1936–51 Uudenmaan, Oulun, Lapin läänissä sekä koko maassa



Lähde: Vuotta nuorempana kuolleet lääneittäin vuosina STV 1937–1951.

Myös syntyvyys heilahteli sotavuosina voimakkaasti. Erityisen matala se oli vuosina 1940 ja 1942, seurauksena edeltävien vuosien totaalimobilisaatioille.⁸⁷⁰ Sekä kuolleisuuden että syntyvyyden vaihteluita käytettiin sotavuosina taustatietona ja propagandamateriaalina lasten terveyteen ja väestöpolitiikkaan liittyvissä keskusteluissa. Propagandasävytteistä tekstiä ei kuitenkaan esiintynyt lääkäreiden talvisodan jälkeisissä vuosikertomuksissa.

Saatava lisää terveysisaria!

Talvisodan jälkeisissä lääkäreiden toimintakertomuksissa on paljon kuvauksia niistä vaikeuksista ja muutoksista, joita sota ja siirtoväen asuttaminen aiheuttivat terveydenhuollossa ja käytännön lääkärin työssä. Suurin muutos sotaa edeltäviin vuosiin on, että neuvontatyöstä on lisääntyvästi merkintöjä. Maaseudulla ennen talvisotaa tapahtunut lasten terveysneuvonta kuului ”vapaiden kansalais- ja huoltojärjestöjen” toimintapiiriin, joka laskettiin pikemmin huoltotyöhön, ei niinkään terveydenhoidoksi, minkä vuoksi siitä ei

⁸⁶⁹ Lapin sodan evakuoinnit, kts. luku 7.

⁸⁷⁰ Suomen syntyvyystilasto vuosilta 1880–1969, kts. liite 2.

ollut tapana raportoida. Satunnaisia merkintöjä saattaa kuitenkin löytyä varsinkin 1930-luvun loppuvuosina.

Kurkijoen piirilääkäripiiriin kuuluva Lahdenpohjan kauppalan kunnanlääkäri kävi vuonna 1938 kerran kuukaudessa vastaanottamassa ”lasten huoltoasemalla”. Simpeleellä pidettiin alle kahden vuoden ikäisille lapsille ilmaisia lääkärin vastaanottoja tehtaan neuvonta-asemalla paikallisosaston (ilmeisesti Mannerheim-liitto) kanssa tekemänsä sopimuksen mukaisesti. Äitiyshuollon ja lastenhoidon neuvonta-asema oli Kurkijoen kirkolla ja Elisenvaarassa.⁸⁷¹ Salmin piirilääkäripiirissä vastaanotto oli vuonna 1938 Suistamon pitäjän Loimolan kylässä joka kuukauden ensimmäinen tiistai ja ”Mannerheim-liiton pikkulasten tarkastus” joka kuukauden viimeisenä perjantaina lääkärin vastaanotolla Suistamon kirkolla.⁸⁷²

Vuosien 1939 ja 1940 kunnan-, alue- ja piirilääkärien vuosikertomuksissa nousee vahvasti esiin se seikka, että talvisodan tapahtumat ja evakuoinnit koskettivat kovin eri tavalla maan eri osia. Länsi-Suomessa olosuhteet olivat sodasta huolimatta melko lailla ennallaan. Siirtoväkikään ei Uudessakaupungissa huonontanut terveystilannetta. Normaaliin tapaan tehdyissä koulu-laistarkastuksissa ”siirtolaislapset” todettiin hyväkuntoisiksi eikä alipainoisuudesta voinut puhua.⁸⁷³ Useat kertomukset oli laadittu modernisaatiönäkökulmasta: kunnissa oli lähdetty kehittämään terveydenhuoltoa, jonka sota oli paljastanut puutteelliseksi.⁸⁷⁴

Taulukko 16. Korkeimmat imeväiskuolleisuusluvut Oulun läänissä vuonna 1940.

Kunta	Väkiluku	Syntyneet	Alle 1-v. kuolleet	Imeväiskuolleisuus 1:1000
Kuusamo	3645	360	130	361
Yli-Ii	3123	62	17	274
Kuhmo kk.	9896	267	66	247
Kiiminki	2517	48	11	229
Taivalkoski	4388	175	39	223
Muhos	5333	80	17	213

Lähde: Oulun maaherran kertomus 1940. Ea 564. SM, KA.

Itärajan tuntumassa sota sen sijaan mullisti kaiken: raja siirtyi ja väestö oli evakuoitava. Talvisodan puhjettua monin paikoin jouduttiin lähtemään suin päin pakoon ilman omaisuutta. Avustuksia ohjattiin rajaseudun jälleenrakentamiseen: tärkeällä sijalla olivat Suomen Huollon ”rajaseutumiljoonat”. Oulun läänin maaherra Pehkosen vuosikertomukseen on liitetty SPR:n laatima yhteenveto läänin terveydenhoito-oloista, johon on kirjattu myös kuntien kuolleisuusluvut. Läänin 141 promillen imeväiskuolleisuus vuonna 1940

⁸⁷¹ Kurkijoen pl vk 1938. Eba 10, LKHV, KA.

⁸⁷² Salmin pl vk 1938. Eba 10, LKHV, KA.

⁸⁷³ Uudenkaupungin pl vk 1940. Eba 12, LKHV, KA.

⁸⁷⁴ Vuoden kuluessa oli saatu pysyvät lastenneuvolat Kannukseen, Veteliin ja Pietarsaaren mlk. Kokolan pl vk 1941. Eba 13, LKHV, KA.

oli kaksinkertaistunut edellisestä vuodesta. Kuudessa kunnassa enemmän kuin joka viides oli menehtynyt ensimmäisenä ikävuotena. (taulukko 16)⁸⁷⁵

Kuusamon imeväiskuolleisuus oli omaa luokkaansa: vuonna 1940 syntyi 360 lasta, ja alle yksivuotiaita kuoli 130. Kunta oli evakuoitu kokonaisuudessaan talvisodan alussa. Rauhansopimuksessa raja piirrettiin kunnan läpi, jolloin 2000 henkilön talot jäivät Neuvostoliiton puolelle. Lisäksi Suomen puolelta 1000 kuntalaisen asunnot oli hävitetty.⁸⁷⁶ Maaherra luetteli tärkeimmiksi altistaviksi tekijöiksi pitkittyneen siirtolaisuuden, kuljetukset kylmissä kulkuneuvoissa sekä ahtaat asunto-olot evakointipaikassa, jolloin kulkutaudit pääsivät herkästi leviämään. Lasten peruskunto oli alun perin ollut huono. Kuusamossa terveystarkastuksia vuonna 1940 tehneen lääkäri Zaida Eriksson-Lihrin mukaan kaikilla pitäjän lapsilla oli riisitauti.⁸⁷⁷ Juuri riisitaudin yleisyyteen voitiin neuvontatyöllä helposti vaikuttaa. Kuusamossa aluelääkäri Ervasti kommentoikin myönteisesti vuoden lopussa jälleen käynnistyneen ”lastenhoito- ja äitiyshuoltoneuvolan” toimintaa.

*Siellä sen [neuvolan] että hoitajattarien työ yleensä on varmaan alkanut tuottaa hyviä hedelmiä, kansa on jo tottunut sairas- ja terveydenhoitoakin koskeissa asioissa hakemaan apua sieltä, missä sitä on parhaiten saatavissa. Vanhat hoitokeinot ja omatekoiset hoitajat ovat jo enimmäkseen jääneet syrjään.*⁸⁷⁸

Oulun läänissä itärajan pinnassa sijaitsevan Suomussalmen aluelääkäri Allas totesi sodan aiheuttaneen terveyden- ja sairaanhoito-olojen huomattavaa taantumista, mutta toiselta puolen oli kuitenkin myönnettävä, että se ”joisain kohdin on myös antanut aiheen näiden olojen parantamiseen”. Kainuun Rajaseudun ystävät ry. palkkasi Vuokin kyliin diakonissan, ja Suomen Huollolla oli yleissairaala ja lasten sairastupa. Lokakuussa 1940 paikkakunnalla kiersi Naisten Työvalmiusliiton palkkaamana lastenlääkäri Zaida Eriksson-Lihr, ”joka antoi neuvoja lasten hoidossa” ja jakoi ilmaiseksi Suomen Huollon tarkoitukseen varaamia lääkkeitä. Työvalmiusliitto ajoi myös innokkaasti lastensairaalan perustamishanketta Suomussalmelle. SPR ryhtyi vuoden lopulla rakennuttamaan kuntaan myös terveystaloa, johon oli tulossa asunto terveydenhoitajalle ja kättilölle sekä lisäksi neuvolaa varten tarvittavat huoneet. Kiire rakennustoissa teetti kuitenkin ongelmia: työn jälki oli usein huonoa. Rajaseudun Ystävät r.y. rakennutti Alavuokkiin parakkirakennuksen sairaanhoitajalle, mutta siitä tuli niin kylmä, ”ettei sitä toistaiseksi ole voitu käyttää muuhun kuin varastorakennuksena”.⁸⁷⁹

Ilomantsissa alkoi syyspuolella hahmottua vapaiden järjestöjen rahoittama suunnitelma pysyvästä terveydenhoitotyön uudistamisesta siirtymällä keskitettyyn terveyssisarpyöhön. Suunnitelman mukaan kunta jaettaisiin viiteen terveyssisarpiiriin. Kuntaan suunniteltiin neljää terveystaloa ja viiden-

⁸⁷⁵ Oulun maaherran kertomus 1940. Ea 564, SM, KA.

⁸⁷⁶ Kuusamon al vk 1940. Eba 12, LKHV, KA.

⁸⁷⁷ Oulun maaherran kertomus 1940. Ea 564, SM, KA.

⁸⁷⁸ Kuusamo al vk 1940. Eba 12, LKHV, KA.

⁸⁷⁹ Suomussalmen al vk 1940. Eba 12, LKHV, KA.

tenä piirinä toimi Naarvan SPR:n sairausmaja. Kunnanlääkäri Wartiovaara toivoi, että tämä ”suurisuuntainen ja myös melkoisia taloudellisia uhrauksia vaativa” työmuoto tulisi täyttämään siihen kohdistetut toiveet.⁸⁸⁰



Kuva 6 Kuvassa on Ruotsin Punaiselta Ristiltä lainattu röntgentutkimusyksiköllä varustettu häikäpönttöllä kulkeva lastenneuvola-auto, jolla lastenlääkäri Zaida Eriksson-Lihr kiersi rajaseudulla ja Karjalassa sotavuosina. Kuva Suomen Punainen Risti.

Suureksi ongelmaksi nähtiin kuitenkin pätevän hoitohenkilökunnan saaminen. Puolangalla pienten lasten kuolleisuus talvisodan aikana oli ollut korkea, imeväiskuolleisuus oli noussut 137 promilleen. Suuriin kuolleisuuslukuihin voitaisiin vaikuttaa ”suhteellisin pienin toimenpitein”. Terveysisarta ei ollut saatu lukuisista ilmoituksista huolimatta. Kuntaan suunniteltiin seuraavana kesänä ”n.s. kansan terveystaloa”, jolloin suunnitellut neuvolat ja niiden toimihenkilöt saisivat ajanmukaisen toimipaikan ja talon. Ellei kuntaan saataisi terveysisarta, oli vaarana, että moni suunniteltu toiminta jäisi rempalleen. ”Takapajulle jääneen kunnan” terveysoloja oli kohennettava.⁸⁸¹

Vuosikertomuksista saa vaikutelman, että vuosina 1940–41 neuvoloiden rakentaminen nähtiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Useimmissa kertomuksissa alkaa löytyä merkintöjä neuvontatoiminnan aloittamisesta tai ainakin suunnitelmista sen aloittamisesta. Terveystalo-ajatus oli selvästi vielä uusi, mikä näkyy vaihtelevina ilmaisuina, puhuttiin esimerkiksi ”ns. kansan terveystalosta”, mutta lääkärit suhtautuivat asiaan kuitenkin myönteisesti. Suurin pula oli terveysisarista, joiden monipuolisen asiantuntijuuden varassa kansanterveystyö käytännössä oli.

Neuvontatyö imeväiskuolleisuuden alentajana

Voimakkaasti vaihtelevat imeväiskuolleisuusluvut kirvoittivat monenlaisia analyyseja ja mielipiteitä lääkäreiden parissa. Lasten terveydenhuollon tehoa todisteltiin muuttuvien imeväiskuolleisuuslukujen avulla.

⁸⁸⁰ Tässä tapauksessa viitataan luultavimmin Suomen Huollon ”rajaseutumiljooniin”. Ilomantsin kl vk1940 Ebb 23, LKHV, KA.

⁸⁸¹ Puolangan al vk 1940. Eba 12, LKHV, KA.

Hyvä esimerkki on professori Toivo Salmen vuonna 1944 *Duodecimissa* julkaiseva artikkeli imeväiskuolleisuudesta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä Suomessa vuosina 1936–1942. Salmi uskoi vahvasti ”terveydelliseen lastenhuoltotyöhön” ja sen imeväiskuolleisuutta alentavaan vaikutukseen. Perusteluina oli esimerkiksi ”se merkillinen ilmiö”, että vuosina 1938–1940 aviottomien lasten imeväiskuolleisuus jäi alle avioliitossa syntyneiden imeväiskuolleisuuden.⁸⁸² Selitykseksi ilmiölle Salmi tarjosi niitä ”lakisääteisiä lastenhuollollisia toimenpiteitä”, jonka kohteiksi aviottomat lapset olivat joutuneet.⁸⁸³

Kun talvisodan aikana imeväiskuolleisuus nousi kovin korkealle, vuonna 1941 se laski ennätyksellisen matalalle. Salmen mielestä syynä oli tehostettu terveydellinen lastenhuoltotyö, eli neuvolat, tilapäiset lastensairaalat sekä suoja-aineitten ja rokotusten jakelu. Kuolleisuus laski erityisesti siirtoväellä, jonka piirissä Suomen Huollon harjoittama huolto- ja valistustyö oli ollut aktiivisinta. Vuonna 1942, sotatilasta huolimatta, imeväiskuolleisuus ei enää noussut vuoden 1940 tasolle, vaan pysytteli sotaa edeltäneissä lukemissa, sillä yhteiskunta oli varustautunut ”aivan erityisesti lasten terveydellisen huollon alalla”. Myös väestönsiirrot olivat vähäisiä ja ne tehtiin kesäaikaa.⁸⁸⁴

On vaikea arvioida, missä määrin eri tekijät vaikuttivat imeväiskuolleisuuteen. Talvella 1941–1942 neuvola- ja koululääkäritoiminta oli pääosin tauolla kesällä 1941 alkaneen totaalmobilisaation vuoksi, ja siitä huolimatta kuolleisuus pysyi alhaisena. Vuodelle 1943 oli tunnusomaista väestön hyvä ravitsemustilanne ja rauhallinen tilanne rintamalla. Sotaa käytiin Suomen rajojen ulkopuolella, kaupunkien pommitukset olivat vähäisiä, eikä evakuoiminta koettu. Syksyllä alkanut kurkkumätäepidemia ja jälleen lisääntynyt tuhkarokko vaikuttivat leikki-ikäisten sairastavuuteen ja kuolleisuuteen, sen sijaan pieniä vauvoja koettelevaa hinkuyskää oli vuonna 1943 vielä vähän liikkeellä. Toki lastenneuvoloita rakennettiin jonkin verran lisää, mutta niiden merkitys imeväiskuolleisuuteen sotavuosina oli käsitykseni mukaan vielä kovin rajallinen. Lisääntynyt hygieniä- ja lastenhoitovalistus sanoma- ja aikakauslehdissä ja radiossa sekä monenlaisten valistuslehtisten jakaminen ovat sen sijaan saattaneet vaikuttaa myönteisesti imeväisten terveydentilaan.

Vuosikertomuksissa pohdittiin ja selostettiin paljonkin sodan tuomia muutoksia. Oli odotettu, että epidemiat yleistyisivät ja että tuberkuloositaipaukset lisääntyisivät. Jatkosodan aikana ei kuitenkaan kurkkumädän lisäksi esiintynyt suurempia epidemioita lasten joukossa. Pieniä lapsia suosiva elintarvikkeiden säännöstelyjärjestelmä, yleistynyt kouluruokailu ja haavoittuvassa asemassa olevien lasten lähettäminen Ruotsiin aiheuttivat sen, että lasten terveyden- ja ravitsemustila oli olosuhteisiin nähden hyvä, ja vakavat

⁸⁸² Vuonna 1938 helsinkiläisten aviottomien lasten imeväiskuolleisuus oli 64,3 %. Aviollisten lasten valtakunnallisen imeväiskuolleisuuden keskiarvo oli 68,0 %. Salmi 1944, 541.

⁸⁸³ Väestötieteilijä Väinö Kanniston mukaan kyseessä oli kuitenkin tilastovirhe. Luvut olivat vääristyneet, sillä lääkärit olivat usein jättäneet aviottoman lapsen kuolintodistukseen merkitsemättä määräysten mukaisen sanan ”avioton”. Kun lomakkeeseen lisättiin nimenomainen kysymys lapsen avioisuudesta, niin molempien ryhmien kuolleisuuden suhde palautui taas ennalleen. Kannisto 1945, 138.

⁸⁸⁴ Salmi 1944, 559.

aliravitsemustilat olivat harvinaisia. Sen sijaan murrosiän kasvupyrähdys jäi puutteellisen ravinnon vuoksi rauhan aikaa pienemmäksi, minkä seurauksena sodan jälkeen nähtiin, että tietyt ikäryhmät olivat jääneet aikaisempaa lyhemmiksi.⁸⁸⁵ Laajassa muistitietotutkimuksessa sota-ajan lapsuudesta ruuan puute ei noussut kovin voimakkaasti esiin. Sen sijaan valitettiin ruokavaliion yksipuolisuutta.⁸⁸⁶

Ruotsiin sairaita lapsia, ei ”perinnöllisesti heikkoa ainesta”

Suomessa vaikeasti sairaiden lasten hoitomahdollisuudet olivat sotavuosina lähes olemattomat. Tammikuussa 1942 lääkintöhallitus ilmoitti, että Ruotsiin voitaisiin lapsia lähettää sairaita lapsia hoitoon. Ohjeiden mukaan lapset saisivat olla iältään 1–10-vuotiaita ja mielellään ”kävelykuntoisia”. Soveliaiksi tapauksiksi siirtoon ehdotettiin tartuntavaarattomia tuberkuloosimuotoa ja ihotauteja, ”kroonillisia suolistotauteja ja anemioja sekä hoidon tarpeessa olevia toipilaita”. Aikakauden eugeenisten periaatteiden mukaisesti hoitoon saatiin kuitenkin ohjata vain kehityskelpoisia ja perimältään normaaleja lapsia. ”Matkalle ei hyväksytty imbesillejä ja idiootteja eikä selvästi perinnöllisesti heikkoa ainesta (esim. ei epileptikkoja eikä diabeetikkoja).”⁸⁸⁷

Lastensiirtoja käsittelevässä väitöskirjassaan Pertti Kavén on todennut, että Ruotsiin lähetettiin vain lapsia, joilla katsottiin olevan edellytykset toipua.⁸⁸⁸ Kesään 1943 mennessä sairaita lapsia oli lähetetty Ruotsiin 2 300, joista yli puolet sairasti tuberkuloosia. Ruotsissa jo harvinaiseksi käynnyttä luu- ja niveltuberkuloosia sairastavat lapset saivat vaativaa erikoishoitoa, joka kesti vähintään puoli vuotta. Monet ortopediset pikkupotilaat saivat Ruotsista avun, samoin kuin 32 suulakihalkioista lasta. Nuorin heistä, kahden kuukauden ikäinen vauva lennätettiin Ruotsiin leikkaukseen ja viiden päivän kuluttua takaisin Suomeen äitinsä hoiviin.⁸⁸⁹

Vaikka ”perinnöllisesti heikkoa ainesta” ei olisi pitänyt Ruotsiin lähettää, vuonna 1942 oli kuitenkin matkaan laitettu 30 sokeritautista ja 12 synnynäistä kuppatautia sairastavaa lasta, jotka varmastikin hyötyivät naapurimaassa tarjotusta hyvästä hoidosta.⁸⁹⁰ Näyttää siltä, että lähettävä taho Suomessa ei piitannut rotuhygieenisistä ohjeista, vaan käytti tervettä järkeään ja lähetti Ruotsiin lapsia, joiden hoito oli Suomessa vaikea järjestää. Esimerkiksi sokeritautiin käytettävästä insuliinista oli kova puute Suomessa sodan aikana.

⁸⁸⁵ *Food, Famine and Relief 1940–1946* 1946; helsinkiläiset lapset, kts. Malmivaara 1949.

⁸⁸⁶ MLL:n keräämä muistitieto ”Lapsuus sodan aikana”. Korppi-Tommola 1997, 91–98. Korppi-Tommola 2003, 145–153; Korppi-Tommola 2008, 445–455.

⁸⁸⁷ Lääkintöhallituksen kiertokirje 14.1.1942, N:o 750/1942, Db 2, LKHV, KA.

⁸⁸⁸ Vuosina 1941–1946 lähetettiin yhteensä 5 118 lasta, joista 182 kuoli. Kavén 2010, 226–227.

⁸⁸⁹ Elgenmark 1943, 653–662. Lasten siirtäminen lentoteitse oli yllättävän yleistä. Vuonna 1942 lentokoneella oli matkustanut 397 lasta. Professori Viljo Rantasalolta 20.10.1978–16.1.1979 saatua aineistoa: ”Ruotsiin lähetetyt sairaat lapset”. Pertti Kavénin yksityisarkisto.

⁸⁹⁰ Professori Viljo Rantasalolta 20.10.1978–16.1.1979 saatua aineistoa: ”Ruotsiin lähetetyt sairaat lapset”. Pertti Kavénin yksityisarkisto.

Ruotsista katsoen suomalaisten lasten terveydentilassa ei ollut kehumista. Kesällä 1941 sotatoimien käynnistyttyä ryhdyttiin jälleen siirtämään lapsia Ruotsiin ja Tanskaan turvaan: vuoden 1942 loppuun mennessä yli 20 000 periaatteessa tervettä lasta oli matkustanut naapurimaihin.⁸⁹¹ Lapsia lähetettiin erityisesti Etelä-Suomen kaupungeista ja siirtoväen parista. Monet sotalapsista olivat alipainoisia, useat selkeästi aliravittuja. Joka kolmannella oli päätäitä ja kahdella prosentilla todettiin hoitoa vaativa tuberkuloosi. Korkean elintason Ruotsissa lasten aliravitsemus oli jo käynyt harvinaiseksi, ja lasten tuberkuloosi oli väistymässä. Suomalaisten lasten huono kunto järkytti ruotsalaisia lääkäreitä. Lääkäri Elgenmarkin vuonna 1943 *Huoltaja*-lehdessä esittämän käsityksen mukaan yli 4 000 lasta oli Ruotsiin tullessaan niin huonokuntoisia, että he todennäköisesti olisivat Suomessa menehtyneet. Luku tuntuu liioitellulta, koska se on selkeästi ristiriidassa suomalaisten piiri- ja kunnanlääkärien vuosikertomusten kanssa, joista löytyy sotavuosina hyvin vähän merkintöjä lasten aliravitsemuksista.⁸⁹²

Vaikeinta aikaa elintarvikehuollossa elettiin 1941 syksystä 1942 kesään, kunnes uusi sato alkoi jälleen helpottaa tilannetta. Kaupungeissa tilanne oli vaikein: Helsingin kansakoululaisilla oli lukuvuonna 1941–1942 havaittu ravinnonpuutteesta johtuvia kehityksen ja kasvun häiriöitä.⁸⁹³ Vuonna 1941 Ylivieskan koululaisilla ei ravinnosta johtuvia puutostauteja ollut vielä esiintynyt, vaikka aikuisilla painonlasku oli tavallista. Ruovedellä ravintoaineitten niukkuudesta johtuva laihtuminen oli yleistä maaseudunkin elintarvekorttiannoksien varassa elävien ihmisten keskuudessa, mutta ”ei yleensä lapsissa eikä ollenkaan omavaraisissa maanviljelijöissä”. Kuopiossa yleinen terveydentila oli hyvä. Pienten lasten kuolleisuus ei näyttänyt ”erikoisemmin nousseen, ollen 6,5 prosenttia”.⁸⁹⁴

Vuonna 1942 Tohmajärvellä, missä jo ennen sotaa väestö oli köyhää ja aliravitsemus oli yleistä, ei kansakoulutarkastuksissa löytynyt alipainoisia lapsia ”enempää kuin ennenkään”.⁸⁹⁵ Haminan piirilääkäri Nortala otti huomioon lasten siirron Ruotsiin ja Tanskaan arvioidessaan lasten terveydentilaa vuonna 1942:

*Omassa kunnanlääkäripiirissäni rokotuksen yhteydessä ja pikkulasten neuvoloissa suorittamani pikkulasten tarkastukset ja kouluikäisistä lapsista koululääkärinä tekemäni havainnot ovat päinvastoin osoittaneet lasten terveydentilan yleensä olevan jopa paremman kuin aikaisemmin, ja samantapaisia kertovat muutkin kunnanlääkärit tehneensä. Tosin on joukko heikoimmassa asemassa olevia lapsia ollut pitemmän tai lyhemmän ajan poissa maasta Ruotsissa ja Tanskassa.*⁸⁹⁶

⁸⁹¹ Ruotsiin lähti sotavuosina Suomesta noin 72 000 ja Tanskaan 4 200 lasta. Heistä noin 15 000 ei palannut takaisin, vaan jäi kasvattivanhempiensa hoitoon. Kaven 2004; Kaven 2010.

⁸⁹² Elgenmark 1943.

⁸⁹³ Kaven 2010, 227.

⁸⁹⁴ Pl vk 1941. Eba 13, LKHV, KA.

⁸⁹⁵ Tohmajärven pl vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁸⁹⁶ Haminan pl vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

Vuosina 1941 ja 1943 lastenneuvolatoimintaa kommentoitiin eniten. Vuonna 1941 tuotiin esiin välirauhan aikaisia Suomen Huollon tukemia neuvoloiden perustamishankkeita uutuuksina, hieman erikoisina ilmiöinä, joita toki tuettiin. Eniten mainintoja löytyi aluelääkäreiltä, jotka toimivat kaikkein köyhimmillä raja-alueilla ja jonne myös rakennettiin lahjoitusrahoilla eniten terveystaloja. Vuonna 1943 alettiin kirjoittaa sekä äitiys- että lastenneuvoloista jo ”normaaleina”, asiaankuuluvina ilmiöinä. Laki lääkärin toimen harjoittamisesta oli juuri tullut voimaan, jolloin periaatteessa kaikki terveydenhoito kuului kunnanlääkärin vastuualueeseen, mikä alkoi heijastua neuvolatoimintaa kuvaavissa ilmaisuissa.

Kunnanlääkärit saattoivat olla yhteiskunnallisesti hyvinkin aktiivisia. Virolahden kunnanlääkäri, Mannerheim-liiton paikallisosaston puheenjohtaja Johannes Carpen⁸⁹⁷ oli mukana kesällä 1943 toimeenpanemassa ”ruskettamiskilpailua”, jonka tarkoituksena oli saada äidit pitämään lapsensa mahdollisimman paljon ulkona auringossa. Palkintona oli jaettu Punaisen Ristin lähettämää sokeria puolen ja neljänneskilon annoksissa.⁸⁹⁸ Ruskettamisella pyrittiin varmistamaan D-vitamiinin saanti ja vahvistamaan muutenkin vastustuskykyä, joka saattoi olla puutteellinen yksipuolisen ravinnon vuoksi.

Huittisten piirilääkäri Enwall arveli, että ”voimakas neuvontatyö” oli varmaan vaikuttanut imeväisten kuolleisuuden vähenemiseen, sillä vuonna 1943 kuoli ensimmäisellä ikävuodella ainoastaan 30 lasta.⁸⁹⁹ Uudenmaan lääninlääkäri Saraste kertoi laajassa raportissaan pikkulasten ja tuberkuloosikuolleisuuden vähentyneen edellisestä vuodesta. Tärkeänä tekijänä kuolleisuuden ja sairastavuuden alentamisessa oli lisääntynyt neuvontatoiminta: äitiys- ja lastenneuvoloiden määrä Uudellamaalla lähenteli jo sataa.⁹⁰⁰

Rauhallisen asemasotavaiheen loputtua kesäkuussa 1944 terveystilanne huononi syksyllä koko maassa evakuointien, kulkutautien, ravinnonpuutteen ja yleisen pulan vuoksi. Imeväiskuoletisuus oli jälleen nousussa, kurkkumätä levisi, ja sen lisäksi tuhkarokkoa ja hinkuyskää oli paljon liikkeellä. Henkilöstö-, erityisesti terveyssisäripula oli ongelmana useissa kunnissa ja aiheutti uupumusta viranhaltijoissa. Pyhäjärven kunnanlääkäri Torkkola totesi kertomuksensa lopuksi, että ”kuolemaansa saakka väsyneinä ovat molemmat terveyssisäret sanoutuneet jo irti. On saatava lisää työvoimaa, jos ei, täytyy kunnanlääkärinkin lähteä”.⁹⁰¹ Lapin lääni ja Oulun läänin itäosa jouduttiin evakuoimaan yli 100 000 henkilöä syys-lokakuussa sotatoimien alettua Suomen ja Saksan välillä. Sekä Suomeen että Ruotsiin siirrettyjen lasten joukossa kulkutaudit aiheuttivat korkeaa sairastavuutta ja kuolleisuutta.⁹⁰²

⁸⁹⁷ Carpen oli koko lääkärinuransa ajan omistautunut kansanterveysaatteelle, erityisesti koulunuorison terveydenhoitoon. Hän oli mm. Mannerheim-liiton koululääkäreiden valiokunnan jäsen vuodesta 1927 ja Virolahden terveydenhoitolautakunnan puheenjohtaja vuodesta 1931 alkaen. *Suomen lääkärit* 1946.

⁸⁹⁸ Virolahden kl vk 1943. Ebb 23, LHKV, KA.

⁸⁹⁹ Huittisten pl vk 1943. Eba 15, LKHV, KA.

⁹⁰⁰ Imeväiskuoletisuus oli 41 promillea. Uudenmaan lääninlääkärin kertomus 1943. Eba 15, LKHV, KA.

⁹⁰¹ Pyhäjärven kl vk 1944. Ebb 24, LKHV, KA.

⁹⁰² Lapin evakuoinneista enemmän luvussa 7.

Tietynlainen toiveikkuus pilkistää kuitenkin joissain kertomuksissa. Sota oli Lappia lukuun ottamatta loppunut ja päästiin aloittamaan jälleenrakennustyöt uudella innolla uuden lainsäädännön turvin. Kuusamossa väestö evakuoitiin Oulaisiin, mutta kotiin päästiin palaamaan jo melko pian. Kunnassa oli tehty aktiivisesti kansanterveystyötä koko sodan ajan: Suomen Huollon tuella oli rakennettu lastensairaala, joka oli valmistunut 1944. Kuusamon kunnallispolitiikassakin vuosikymmeniä toiminut aluelääkäri Ali Ervasti puki runollisin sanakääntein kaipauksensa kotiseudulleen:

*Kun asujaimisto on kohta puoleen enimmältä osaa palannut Kuusamoon, niin toivottavasti tilapäiset sairaala- ja asunto-olot saadaan siellä sikäli kuntoon, että allekirjoittanutkin pääsee jatkamaan työtään kotiseudullaan, sillä siellähän minun työmaani on ollut ja siellä olen sen ajatellut olevan niin kauan kun minulla työkykyä on. Täällä minäkin olen vieraalla maalla ja tuntuu tekevän mieleni ripustaa kannel puun oksalle.*⁹⁰³

Väestöpoliittisen retoriikan puuttuminen lääkärien vuosikertomuksista kaikkialla Suomessa on silmiinpistävää. Vuosina 1939–1944 ei piiri-, alue- tai kunnanlääkärikertomuksissa ole nähtävissä mainintoja tarpeesta synnyttää lisää lapsia Suomeen.⁹⁰⁴ Tämä ei välttämättä tarkoita, etteivät lääkärit olisi pitäneet väestönkasvua tärkeänä, sillä vuosikertomuksissa ei yleensäkään otettu kantaa poliittisiin kysymyksiin. Sotavuosina kertomusten henkilökohmainen ote oli vahvempi rauhanaikaan nähden mahdollisesti siksi, että näin koettiin saatavan edes jonkinlainen yhteys maan terveydenhuollon vähäluokiseen ja etäiseen johtoportaaseen. Toisaalta valtaosa lääkäreistä työskenteli maaseudulla, missä perheet olivat isoja jo valmiiksi eikä välitöntä huolta jälkikasvun loppumisesta ollut.

⁹⁰³ Allekirjoituspäivämäärä 28.2.1945. Kuusamon al vk 1944. Eba: 16, LKHV, KA.

⁹⁰⁴ Ainoa löytämäni poikkeus on v.t. kunnanlääkäri Aune Pitkäsen vuoden 1941 kertomus Nivalan lastensairaalaista, jossa ”moni nääntyvän huono lapsi on siellä vihdoinkin saanut elinkuntonsa takaisin. Olisikin suotavaa, että lastensairaala saisi jäädä pysyvästi seudulle, missä lasten hoidollinen taso on monessa suhteessa hyvin alhainen. Yhdessä lastenneuvolan kanssa voisi se pelastaa monta lasta Suur-Suomelle”. Nivalan kl vk 1941. Ebb: 21, LKHV, KA.

6 Sortavalan piiri kansanterveystyön koelaboratoriona

Kriisiyhteiskunnalle ominaiset piirteet tiivistyivät ja muutokset näkyivät selvemmin takaisin vallatussa Karjalassa kuin muualla Suomessa. Suurten, jo talvisodasta alkaneiden yhteiskunnallisten mullistusten ansiosta voi ajatella, että ”vanhaa painolastia” alueella oli vähemmän. Alueen väestö oli kokenut suuren kansanvaelluksen kahdesti, ensin syksyllä 1939 Kanta-Suomeen ja vuodesta 1941 eteenpäin taas takaisin kotiseudulle.

Takaisin vallattu Karjala oli sodan loppuun asti osittain sotilashallinnon alaista. Terveystenhuollon osalta alue jaettiin Sortavalan ja Viipurin piirilääkäripiireihin. Eteläisen osan käsittävä Viipurin piiri oli monin tavoin hajanainen, eikä sitä koskevaa arkistomateriaalia ole saatavissa.⁹⁰⁵ Sortavalan piirilääkäripiirin arkisto on sen sijaan luettavissa kokonaisuudessaan.⁹⁰⁶ Piiri jatkoi toimintaansa 21.9.1944 saakka, jolloin Sortavala välirauhansopimuksen mukaisesti luovutettiin Neuvostoliitolle. Laatokan Karjalan hallintokoneiston asiakirjat saatiin kaikki talteen ja siirrettyä Kanta-Suomen puolelle.⁹⁰⁷

Alue sai elää suhteellisen rauhan oloissa valloitetun Itä-Karjalan muodostaessa puskurin Neuvostoliittoon päin. Piirin terveydenhuoltojärjestelmä rakennettiin uudelleen tyhjästä uuden kansanterveysaatteen periaatteiden mukaisesti ja siellä sovellettiin jo etukäteen tekeillä olevaa terveydenhuollon lainsäädäntöä. Vähäiset resurssit pyrittiin keskittämään peruskysymyksiin: äitiys- ja lastenhuoltoon, tuberkuloosityöhön sekä kulkutautien vastustamiseen. Henkilökunta oli varsin poikkeuksellista: kunnanhuoltolääkärit olivat lähes poikkeuksetta naisia, osa vasta lääketieteen kandidaatteja. Kättilöt ja terveyssisarret olivat usein kotoisin Laatokan Karjalasta.⁹⁰⁸

Luvussa tarkastelen aatteita, jotka kantoivat terveydenhuollon ammattilaisia heidän toimiessaan alansa uudisrakentajina alueella. Miten käytännön työssä perusteltiin uutta terveyspoliittista linjausta, jossa ehkäisevä terveydenhuolto, etenkin äitien ja lasten terveys asetettiin etusijalle? Käytettiinkö työssä samoja argumentteja kuin kansallisella tasolla terveydenhuollon uu-

⁹⁰⁵ Arkisto tuhoutui oletettavasti Viipurin valtauksessa kesäkuussa 1944. Kaikki luovutettujen alueiden arkistot sijaitsevat Mikkelin maakunta-arkistossa. Joitakin rippeitä löytyy myös Venäjältä Viipurin maakunta-arkistosta. Viipurin piirilääkärin arkistomateriaalia jatkosodan ajalta siellä ei ole. Henkilökohtainen havainto arkistomatkalta Viipuriin 25.9.2007.

⁹⁰⁶ Piirilääkäripiiriin kuuluvat kaupungit, kauppalat ja maalaiskunnat: Sortavalan kaupunki, Lahdenpohjan kauppa, Hiitola, Kurkijoki, Lumivaara, Jaakkima, Sortavan mlk., Uukuniemi, Ruskeala, Harlu, Pälkjärvi, Värsilä, Korpiselkä, Suojärvi, Soanlahti, Suistamo, Impilahti ja Salmi. Sortavalan pl vk 1942. Ebb 14, LKHV, KA.

⁹⁰⁷ Palautetun Karjalan vaiheista kts. Virolainen, 1989, Simonen 1965 ja Paavolainen 1958. Johannes Virolainen oli vuosina 1942–1944 palautetun alueen neuvottelukunnan toimistopäällikkö. Sisäministeriön siirtövenasiain osaston päälliköksi hänet määrättiin 19.9.1944. Häikiö 2001 KB. Luovutetun Karjalan kartta kts. liite 8.

⁹⁰⁸ Sortavalan piirilääkärin arkisto SPA, MMA.

distuksia ajettaessa? Toinen teema on terveydenhuollon eri organisaatioiden yhteistyö. Sortavalan piirissä toimivat rinnakkain siviiliterveydenhuolto ja puolustusvoimien lääkintähuolto. Oliko käytössä jotain erityisjärjestelyjä siviili- ja sotilastoiminnan välillä? Mikä oli Suomen Huollon ja siinä toimivien järjestöjen, etenkin Suomen Punaisen Ristin ja Mannerheim-liiton suhde valtiolliseen toimintaan, entä mikä oli orastavan kunnallishallinnon suhde ehkäisevään terveydenhuoltoon? Kolmanneksi analysoin terveydenhuollon asiantuntijoiden työnjakoa ja käytäntöjä sekä heidän asennoitumistaan työhönsä ja paikallisväestöön. Poikkeuksellinen aineisto antaa mahdollisuuden tarkastella paikallista kansanterveystyötä aivan ruohonjuuritasoa myöten.

6.1 Jouluksi kotiin – paluumuutto syksyllä 1941

Laatokan Karjalan väestö sijoitettiin talvisodan jälkeen Keski- ja Länsi-Suomeen, jossa varsinkin ortodoksiskoiset, karjalankieltä puhuvat rajan asukkaat Salmilta, Suistamolta ja Suojärveltä kokivat syrjintää. Impilahtelaiset evakuoitiin Riistavedelle Kuopion läheisyyteen. Kaipuu takaisin Karjalaan oli polttava, ja kun kesällä 1941 kävi ilmeiseksi, että paluu olisi mahdollinen, oli suuri osa siirtoväestä valmiita palaamaan takaisin kotiinsa, olipa se missä kunnossa tahansa.⁹⁰⁹ Jatkosodan alettua kesäkuussa 1941 luovutettu Karjala vallattiin nopeasti takaisin. Karjalan rintaman suurhyökkäyksen käynnistyttyä 10.7. vanha Suomen ja Neuvostoliiton välinen raja ylitettiin elokuun loppuun mennessä. Sortavala valloitettiin 16.8. ja Viipuri 30.8.1941.⁹¹⁰

Kesäkuussa 1941, jo ennen sodan käynnistymistä sotilasviranomaiset alkoivat laatia suunnitelmia siviiliväestön paluun organisoimiseksi. Tarkoituksena oli palauttaa luovutettu Karjala ennalleen Suomen osaksi. Palautetulla alueella ylin määräämisvalta kuului sotilasviranomaisille eli 17.7.41 perustetulle Päämajan sotilashallinto-osastolle, jonka keskeiseksi tehtäväksi määriteltiin väestön palauttaminen ja paikallishallinnon järjestäminen. Osasto vastasi lääninhallitusta ja se keskitti itselleen lähes kaiken viranomaisille kuuluvan päätösvallan.⁹¹¹

Palautetuilla alueilla oli 23.8.1941 annetun Mannerheimin päiväkäskyn mukaan noudatettava Suomen voimassaolevaa lainsäädäntöä sotilashallinnon määräämin rajoituksin ja poikkeuksin. Kiinteä ja irtain omaisuus oli luovutettava entisten omistajien hallintaan näiden palatessa kotiseudulleen. Palautetun Karjalan komentajaksi määrättiin eversti J.V. Arajuri, siviilitehtävältään Helsingin poliisipäällikkö. Alue oli jaettu 12 sotilashallintopiiriin, joiden päälliköt olivat yleensä aikaisemmin alueella toimineita nimismiehiä. Kunnan asioita hoiti kunnanpäällikön johtama kunnanesikunta, johon itse-oikeutettuna jäsenenä kuului myös terveyssisar. Kunnallishallinnon runko

⁹⁰⁹ Virolainen 1989, 113–124; Simonen 1965, 26–45.

⁹¹⁰ Hentilä 2006, 195–199.

⁹¹¹ Simonen 1965, 33–38; Virolainen 1989, 61–76.

saatiin hoitokunnista⁹¹² puolustusvoimien ulkopuolelta, jolloin siviileistä tuli sotilaita.⁹¹³ Itsenäisyyspäivänä 1941 takaisinvalloitettu alue liitettiin asetuksella takaisin valtakunnan yhteyteen, minkä jälkeen sitä alettiin kutsua palaute-
tuksi Karjalaksi.⁹¹⁴

Paluumuuttajia varten perustettiin neljä rajatoimistoa. Laatokan-Karjalaan tultiin Tohmajärvellä sijaitsevan Kaurilan rajatoimiston kautta. Muutto aloitettiin elokuun alussa 1941 aivan armeijan kannoilla. Kuntiin lähetettiin ensimmäisinä ilmaisella kuljetuksella noin 100–200 hengen kärki-ryhmiä eli iskuryhmiä, jotka muodostuivat kunnanesikunnan lisäksi sadonkorjaajista ja asuntojen puhdistajista.⁹¹⁵ Terveysisarten vastuulle annettiin puhdistustyön järjestäminen.⁹¹⁶ Jo 21.8 annettiin läntisten kuntien⁹¹⁷ siirtoväelle oikeus palata siirtojohtajan antamalla luvalla.⁹¹⁸ Sortavalan puhdistus-
työ saatettiin päätökseen vasta 31.12.1941.⁹¹⁹

Elokuun loppuun mennessä Laatokan-Karjalaan oli palannut jo 4200 henkeä. Siviilien vyöryä oli vaikea hallita, ja vaikka tarkoituksena oli, että ensimmäisenä talvena alueelle päästettäisiin vain työkykyistä väkeä, joka toisi omat lehmänsä mukanaan ja olisi siten omavaraista, lähetettiin alueelle kunnan ”köyhäinavun varassa eläviä hoidokkeja”. Harluun syyskuussa palannut siirtoväki oli ”murheellinen näky”. Joukossa oli äitejä ison lapsikatraan kanssa, joista osa oli sairaita ja huonokuntoisia, aviomies rintamalla eikä omia lemmiä ollut mukana.⁹²⁰ Sortavalan piirissä asui joulukuussa 1941 jo 37 000 henkilöä, joista alaikäisiä oli 8 800.⁹²¹ Ensimmäiset lapset syntyivät lokakuussa.⁹²² Paluumuuttajat joutuivat elämään vaikeissa olosuhteissa, sillä sotatoimet olivat tuhonneet suuren osan asunnoista. Taisteluista kärsineissä kunnissa, kuten esimerkiksi Korpiselässä ja Suojärvellä, asuntokannasta yli kaksi kolmasosaa oli raunioina. Jotkut alueet olivat kuitenkin säästyneet, esimerkiksi Hiitolassa noin 90 prosenttia asuntokannasta oli ehjää.⁹²³

Varsinainen paluumuutto Karjalaan toimeenpantiin vuoden 1942 keväällä kovalla kiireellä, sillä toukokuuhun oli ehdittävä ajoissa. Pellot oli saatava tuot-

⁹¹² Luovutetun Karjalan entisten kuntien hallinnosta.

⁹¹³ Kunnanesikuntaan kuuluivat kunnanpäälikkö, poliisijohtaja, väestönsiirronjohtaja, kansanhuollonjohtaja, maatalousjohtaja, metsätyönjohtaja, kunnan rakennusmestari sekä terveysisärit. Simonen 1965, 33–38; Virolainen 1989, 61–76; Ed, SPA, MMA.

⁹¹⁴ Suomen asetuskokoelma 1941. N:o 836/1941.

⁹¹⁵ Suomen elintarviketilanne huononi vuonna 1941 nopeasti. Palatetuilla alueilla 1940–41 kylvettyjen peltojen sato pyrittiin korjaamaan talteen. Virolainen 1989, 120; Simonen 1965, 52–54.

⁹¹⁶ Kesä-heinäkuussa oli Naisten Työvalmiusliitto järjestänyt Helsingissä muutaman päivän kestäviä valmennuskursseja Karjalaan lähteville puhdistusryhmien johtajille. Luennoitsijoina kursseilla oli lääkäreitä, terveysisäriä ja marittakonsulentteja. Simonen 1965, 52–54.

⁹¹⁷ Harlu, Pälkjärvi, Ruskeala ja Värtsilä

⁹¹⁸ Simonen 1965, 59–60.

⁹¹⁹ Sortavalan sotilashallintopiiriin lääkärin toiminta ajalla 8.8–31.12.41. Sortavalan sotilashallintopiiri 23138, KA.

⁹²⁰ Jaakkimainen Sarkolle, päiväämätön, syyskuu 1941, Da, SPA, MMA; Simonen 1965, 59–60.

⁹²¹ Impilahteen oli palannut joulukuun alkuun mennessä 4300 henkilöä, eli noin kolmasosa alkuperäisestä väestöstä. Da, SPA, MMA.

⁹²² Sortavalan aluelääkärin toimintakertomus 1941, Sortavalan sotilashallintopiiri 23138, KA.

⁹²³ Vuonna 1939 luovutetussa Karjalassa oli noin 118 000 rakennusta maalaiskunnissa: näistä oli tuhoutunut noin 32 000, vaurioitunut 47 000 ja säilynyt ehjänä 34 000. Virolainen 1989, 85–86, 91.

tamaan vaikeassa elintarviketilanteessa.⁹²⁴ Vuoden 1942 lopussa Laatokan Karjalaan oli palannut jo 110 000 henkilöä, noin 70 prosenttia sotaa edeltävästä väestöstä. Asukasluku vakiintui tälle tasolle, sillä vuoden 1944 alussa asukasluku oli noussut vain noin 10 000 henkilöllä. Kättilö- ja lastenneuvolapalvelut olivat kysyttyjä, sillä lapsia syntyi runsaasti.⁹²⁵ Vaikeat asuinolosuhteet paranivat vähitellen vilkkaan uudis- ja korjausrakentamisen ansiosta. Kuitenkin pienissä saunoissa, riihissä, navetan keittiöissä, entisissä kanaloissa ja jopa osaksi maakuoppaan rakennetuissa asumuksissa asui vuonna 1943 edelleen suuriakin perheitä.⁹²⁶ Vaikka olosuhteet olivat vaikeat, ei terveitä lapsia juuri lähetetty Ruotsiin.⁹²⁷

Syksyllä 1941 myös terveydenhuoltohenkilöstö oli puolustusvoimien alaisena. Päämajan sotilashallinto-osaston terveydenhoitotoimiston päällikkönä toimi lääkintäeverstilutnantti Harald Sarkko, Viipurin entinen kaupunginlääkäri.⁹²⁸ Sarkon 16.8.1941 päivätyn kirjeen jakelulistalla oli kahdeksan terveyssisarta, yksi alueterveyssisar ja neljä lääkäriä. Näillä eväillä aloitettiin kansanterveystyö takaisinvallatussa Karjalassa.⁹²⁹

6.2 Lapset ja naiset etusijalla

Palautetun alueen terveydenhuoltoa suunniteltiin heinäkuussa 1941 sisäministeriön asettamassa Karjalan asiain neuvottelukunnassa, jonka jäsen myös Harald Sarkko oli. Neuvottelukunnan 170-sivuisen pikavauhtia, jo syyskuun lopulla valmistuneen mietinnön mukaan olisi painotettava kulkutautien ehkäisyä sekä etenkin äitien ja lasten terveyttä. Koululaisten terveystarkastukset ja koulukeittolaitoiminta olisi saatava mahdollisimman nopeasti käyntiin. Terveydenhuolto rahoitettaisiin valtion ja terveydenhuollon alalla toimivien järjestöjen varoilla.⁹³⁰

Sairaanhoidon suhteen suunniteltiin tulevan keskussairaalan mukaisa käytäntöä, jolloin keskussairaalat sijaitsisivat Sortavalassa ja Viipurissa Suomen Huollon tilapäissairaaloiden toimiessa aluksi ensiapusairaaloina.⁹³¹ Ensimmäinen siviiliväestölle tarkoitettu Suomen Huollon 12-paikkainen sai-

⁹²⁴ Simonen 1965, 98–109; Virolainen 1989, 159–162, 194–199.

⁹²⁵ Vuonna 1942 syntyi 1 719 lasta ja vuonna 1943 syntyi 2783 lasta. Sortavalan pl vk 1942 ja 1943. Eba 14–15, LKHV, KA.

⁹²⁶ Sortavalan piirin johtavan terveyssisaren vk (joht. ts vk) 1943. Ebk4, LKHV, KA; Viipurin läänin maaherran kertomus 1944 D. No 49/381, SM, KA:

⁹²⁷ Keväällä 1942 Ruotsi vastaanotti Laatokan Karjalasta 150 tervettä ja 40 sairasta, yleensä tuberkuloottista lasta. Lokakuussa 1942 olivat olosuhteet Karjalassa parantuneet sen verran, että 300 jo aikaisemmin Ruotsiin lähetettyä lasta palautettiin takaisin koteihinsa. Vuonna 1943 Ruotsiin lähetettiin vain sairaita lapsia. Sortavalan pl vk 1942, Eba 14, LKHV, KA; Sortavalan joht. ts vk 1943. Ebk1, LKHV, KA.

⁹²⁸ *Suomen lääkärit* 1946.

⁹²⁹ Käsky No 1. Ed, SPA, MMA.

⁹³⁰ Karjalan asiain neuvottelukunta, Komiteamietintö 1/1942, 14–18; Simonen 1965, 38.

⁹³¹ Karjalan asiain neuvottelukunta, Komiteamietintö 1/1942, 14–18; Myös sairaaloiden kohdalla noudatettaisiin uutta käytäntöä, josta säädettiin laki vasta vuonna 1943; Simonen 1965, 38.

raala käynnistettiin 15.10.1941 Impilahden entisen kulkutautisairaalan tiloihin.⁹³²

Päällimmäinen huoli palautetulla alueella syksyllä 1941 oli kulkutautien leviämisen estäminen. Siksi aluelääkärin, eräänlaisen piirilääkärin oli muiden tehtäviensä ohella toimittava erityisesti tarttuvien tautien ehkäisemiseksi ja vastustamiseksi. Sortavalan aluelääkäriksi määrättiin Helmi Jaakkimainen, joka siirtyi Sortavalaan 20.8.1941 heti kaupungin valtauksen jälkeen.⁹³³ Hallintopiirilääkäri hoiti piirissään kunnanlääkärille kuuluvat tehtävät ja johti hallintopiirin terveydenhuoltotyötä.⁹³⁴

Jokaiseen kuntaan pyrittiin määräämään terveyssisar, joka toimi hallintopiirilääkärin alaisena kunnanesikunnassa. Syksyllä 1941 hänen tärkein työkenttensä koostui puhdistustoiminnan järjestämisestä yhteistyössä kunnanpäällikön kanssa. Johtosäännön mukaisesti terveyssisar suunnitteli ja johti puhdistustöiden suorittamista toiminta-alueellaan, minkä lisäksi hänen tuli valvoa paikkakunnan terveydentilan kehittymistä ja olla tietoinen toiminta-alueellaan sattuneista tautitapauksista. Terveyssisar sai tarvittaessa antaa sairaanhoitoa koskevia neuvoja, mutta ei voinut tehdä varsinaista sairaanhoitotyötä.⁹³⁵

Palautetun alueen hallinto siirtyi vuoden 1942 alussa osittain, terveydenhuolto mukaan lukien, siviiliviranomaisille. Lääkintöhallituksen kirjeessä sisäministeriölle 10.1.1942 linjattiin palautetun Karjalan tulevia terveydenhuoltojärjestelyjä, jotka selkeästi poikkesivat Kanta-Suomen käytännöistä. ”Erikoiset olosuhteet” tekivät välttämättömäksi eräänlaisen ylimenokauden, ennen kuin lääkintähuolto voisi normaalistua. Terveydenhuolto jatkuisi edelleen valtion kustantamana, sillä kunnat olivat vielä sotilashallinnon alaista ja ”muutenkin väliaikaisella kannalla” eikä niillä ollut sanottavia tuloja. Ne eivät voineet palkata lääkäreitä, kättilöitä eivätkä terveyssisaria, minkä vuoksi oli tarpeellista, että valtio edelleen huolehtisi terveydenhuoltohenkilöstön palkkaamisesta. Lääkintöhallitus käytti lääkäreistä nimitystä kunnanhuolto-lääkäri, sillä lääkärit, joiden tehtävä oli huoltaa väestön terveydellisiä oloja ja huolehtia sairaanhoidosta, eivät olleet varsinaisia kunnanlääkäreitä. Karjalassa alettiin siis soveltaa vuonna 1939 säädettyä lakia yleisestä lääkärinhoidosta, jonka voimaantuloa oli lykätty sodan vuoksi ja joka astui muualla Suomessa voimaan vasta vuonna 1943. Uuden lain mukaan kunnanlääkäri tuli vastata sairaanhoidon lisäksi myös terveydenhoidosta.⁹³⁶

⁹³² Värttilässä avattiin 20-paikkainen Suomen Huollon sairaala 3.12.1941. Jaakkimainen Sarkolle 6.9.41 Da1, SPA, MMA; Vk 1941, Db, SHTMK, JyMA.

⁹³³ Jaakkimaisella oli alaisenaan neljä hallintopiirilääkäriä: Kurkijoella LKT lastenlääkäri Carl-Eric Räihä, Impilahden piirissä LL Aulis Vuonamo, entinen Impilahden kunnanlääkäri 1935–1940, Sortavalassa LL Vera Seppälä sekä Suojärvellä LL, voimistelunopettaja Kaarina Kari. Aulis Vuonamo sai vuonna 1942 määräyksen siirtyä Viipurin piirilääkäriksi, jota tehtävää hän hoiti jatkosodan loppuun asti. Sotilashallintopiirin arkisto T23549, kansio 6. SA; *Suomen lääkärit* 1946.

⁹³⁴ PM Ea1 SPA, MMA.

⁹³⁵ PM Ea1 SPA, MMA.

⁹³⁶ Palautetun alueen terveydenhuollon järjestämiseksi varattiin lääkintöhallitukselle alkuun viiden miljoonan markan määräraha. Sarkko, Harald: Lääkintähuollon järjestäminen valtakunnan yhteyteen liitetyllä Karjalan alueella D.No 91-1942, Ea 328, LKHV, KA.

Vuoden 1942 alusta Sortavalan piirilääkäriksi nimitetty Helmi Jaakkimainen vastasi Laatokan-Karjalan terveydenhuollosta aina syyskuun loppupuolelle 1944 asti.⁹³⁷ Piirilääkärin tasa-arvoisena työparina toimi johtava terveyssisar Elvi Haapala. Sekä lääkärit, terveyssisaret että kättilöt määrättiin palautettuun Karjalaan lääkintöhallituksen komennuksella. Vuoden 1942 alusta nimitettiin kaikkiin kuntiin terveyssisaret ja kättilöt, sen lisäksi alueella oli vielä kolme kiertävää sairaanhoitajaa. Lääkäripula sen sijaan oli tuntuva. Oli tultava toimeen kahdeksalla kunnanhuoltolääkärin toimella, kun kunnanlääkärin virkoja oli ollut 27 ennen sotaa. Lääkärit vaihtuivat usein, sillä heidän komennuksensa olivat usein vain muutaman kuukauden pituisia.⁹³⁸ Vuonna 1942 kahta lukuun ottamatta kaikki lääkärit olivat naisia.⁹³⁹

Sortavalan terveydenhuoltoon muodostui aikakaudelle poikkeuksellinen naisasiantuntijoiden episteeminen yhteisö, jonka tavoitteena oli uuden terveemmän sukupolven kasvattaminen ”nousevan Karjalan hyväksi”. Alueen johtotehtävissä olevat henkilöt korostivat teksteissään asiantuntijoiden vastuullista asemaa sekä järjestöjen keskinäistä ja asiantuntijaryhmien välistä yhteistyötä, valistustyötä ja väestön ottamista mukaan ehkäisevään kansanterveystyöhön. Useiden kansalaisjärjestöjen kautta tämäkin yhteisö pystyi verkostoitumaan sotavuosina myös kansainvälisesti.

Piirilääkäri Helmi Jaakkimainen, ”Karjalan terveysapostoli”

On aina erittäin mieluista käydä Sortavalassa tri Jaakkimaisen, ”Karjalan terveysapostolin” puheilla. Siksi että siellä on aina pantu toimeksi. Tri Jaakkimaisella on todellisuustajua ja hänellä ovat asiat selvillä. Hänellä ei ole kysyttävää, päinvastoin, kerrottavaa. [...] Suurimpana syynä tähän voi myöskin olla se, että tri J on saanut aloittaa Sortavalan piirissä aivan tyhjästä. Hänellä ei ollut aloittaessaan mitään aikaisempien kirjelmien suurta taakkaa mappien ja arkistojen muodossa. Hänen ei tarvinnut lukea papereista miten on toimittava tai miten on aikaisemmin siellä toimittu. Hän ei luonut toimintaohjelmaansa neljän seinän sisällä, vaan on liikkunut ulkona kansanjoukossa, nähnyt olosuhteet ja vaikeudet oikeassa valossaan.”⁹⁴⁰

Helmi Jaakkimaisen nimittäminen Sortavalan piirilääkäriksi oli poikkeuksellista, sillä aikaisemmin kaikki vakinaiset piirilääkärit Suomessa olivat olleet miehiä. Aikakautensa useimpien naislääkärien tapaan hän oli naimaton ja

⁹³⁷ Simonen 1965, 110–113.

⁹³⁸ Vuoden 1943 saatiin kaksi kunnanhuoltolääkärin tointa lisää. Sortavalan pl vk1942 ja 1943, Eba14 ja Eba 15. LKHV, KA.

⁹³⁹ Vuonna 1942 piirilääkäri Helmi Jaakkimaisen lisäksi kunnanhuoltolääkäreinä toimivat muiden muassa Kaarina Kari, Gunvor Hjelt (myöh. Vuoristo), Vera Seppälä, Marjatta Selväne, Anni Seppänen, Aino Ahde, Evelyn Hartman, Olavi Pirilä sekä Sortavalan Tuberkuloosipiirin lääkäri Arvo Huuskonen. Sortavalan pl vk 1942 Eba 14, LKH, KA. Viipurin piirissä useat sotilaslääkärit hoitivat kunnanhuoltolääkärin tointa oman toimensa ohella, joten lääkärijoukko oli miesvaltainen. Viipurin pl vk 1942 ja 1943. Eba14–15, LKHV, KA.

⁹⁴⁰ Täisodan kulkua tarkastavan luutnantti Mäkelän tarkastuskertomus 19.12.1942, kansio 16, T15806, KA.

toimi pääasiallisesti yksityislääkärinä.⁹⁴¹ Syksystä 1939 alkaen hänet komennettiin työvelvollisena monenlaisiin tehtäviin. YH:n aikana syksyllä 1939 Jaakkimainen toimi Porin Sotasairaalan alilääkärinä.⁹⁴² Talvisodassa hän perusti Ruovedelle siirtoväen sairaalan ja hoiti piirilääkärin sijaisuutta keväällä 1940 Rautalammilla, jonne oli sijoitettu 2000 Mantsin saaren evakoa.⁹⁴³ Kesäkuun lopulla 1941 Jaakkimainen organisoi Suomen puoleisen rajaseudun väestön evakuoinnin Miehikkälässä, Ylämaalla ja Virolahdella.⁹⁴⁴

Ennen Sortavalan siirtymistään hän luennoi vielä terveydenhuollollisista kysymyksistä sosiaalimuseossa Helsingissä Naisten Työvalmiusliiton järjestämällä viikon kestäville valmennuskursseilla Karjalaan puhdistustöihin lähteville naisille.⁹⁴⁵ Heinäkuussa 1941 hän kirjoitti kollegalleen Anni Seppäselle olevansa ”tällainen Lääkintöhallituksen juoksutyttö. [...] Nyt pidän luentoja spesialiteettina syöpäläiset ja odottelen taas komennusta”.⁹⁴⁶

Kesän 1941 liikkeellepanon vuoksi käytännössä kaikki pätevät mieslääkärin olivat puolustusvoimien palveluksessa. Sodan piti loppua pian, ja silloinhan Karjalan hallinto olisi normalisoitunut hyvin nopeasti, jolloin alueen aikaisemmat viranhaltijat olisivat mahdollisesti palanneet takaisin. Perheettömänä naisena Jaakkimainen oli työvelvollisuuden alainen eikä itse voinut valita työtehtäviään.

Jaakkimaisen kansanterveydelliseksi ohjelmanjulistukseksi voisi luonnehtia hänen puhettaan terveysisareille neuvottelupäivillä lokakuussa 1941. Läsä oli kolme lääkäriä ja 12 terveysisarta sekä tärkeä yhteistyökumppani, Marttaliiton konsulentti Kananen.⁹⁴⁷ Puheessaan Jaakkimainen viittasi toistuvasti Severi Savosen pamflettiin *Kansanterveyttä tehostamaan*, joka toimi hänelle innoituksen lähteenä. Hän korosti alkuvaiheen tärkeimpänä tehtävänä palautetun alueen rakennusten ja kaivojen puhdistusta. Terveysisarella oli tässä työssä ratkaisevaa rooli. ”Spesialistiohjausta, ’tietoniekan’ neuvoja, terveysisaren valvovaa silmää” oli täytynyt käyttää ohjaamassa puhdistustyötä, sillä kaiken terveydenhoidon pohja ja perustus oli puhtaus. Työn tavoitteena oli koko kansan terveydentilan kohottaminen, ”koko Karjalan väen takaisin palaaminen, sen elämän alkaminen omilla konnuilla hygieenisissä olosuhteissa, se on se päämäärä, johon pyrimme”.⁹⁴⁸

⁹⁴¹ Helmi Jaakkimainen syntyi Tuuterissa Inkerinmaalla 1897 ja valmistui lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1929. Hän toimi enimmäkseen yksityislääkärinä Helsingissä sekä lisäksi vuosien 1925 ja 1941 välillä kunnan-, alue- ja piirilääkärin viransijaisena 60 kuukauden ajan. *Suomen lääkärin* 1946.

⁹⁴² Kirje 13.11.1939 Anni Seppäselle. Anni Seppäsen yksityisarkisto KA.

⁹⁴³ Ruoveden kl vk 1940. Ebb: 20, LKHV, KA; Rautalammin pl vk 1940. Eba: 12, LKHV, KA.

⁹⁴⁴ 11.8.1941 Jaakkimainen Sarkolle 1941, Da 1, SPA, MMA.

⁹⁴⁵ Kurssille osallistui pelkästään marttojakin yli 600, joten kyseessä oli iso tapahtuma. Luennoitsijoina kurssilla oli lääkäreitä, terveysisaria ja marttakonsulenteja. Pelkonen 1958, 430–431.

⁹⁴⁶ Kirje Anni Seppäselle 23.7.1941. Anni Seppälän yksityisarkisto, KA. Sotavuosien Jaakkimainen hoiti vielä vuoden ajan Hämeen lääninlääkärin virkaa ja siirtyi sitten jälleen yksityislääkäriksi Helsinkiin toimien samalla myös Syöpäyhdistyksen valistuspäällikkönä vuoteen 1962 saakka. *Suomen lääkärin* 1967.

⁹⁴⁷ Da 1, SPA, MMA.

⁹⁴⁸ Alleiviivaukset Jaakkimainen.

Puhdistustyön, ”olevien olojen sanitäärisen tarkkailun” sekä ”epidemejä vastustavien toimenpiteiden” ohella neuvontatyö oli aloitettava heti. Valistustyön oli oltava selkeää ja yksinkertaista:

Kunnan esikunnassa on terveyssisaren huone selvällä kyltillä varustettava, jotta tarvitsijat sen helposti löytävät. Neuvontatyölle on etsittävä yksinkertaisia muotoja, esim. ottamalla yksi asia ikään kuin läksyksi jotain määrättyä aikaa varten. Esim. yhtenä viikkona puhuttava vain rikittämisestä ja syöpäläisvaarasta joka kylässä ja talossa, toisen viikkoina jalkojen hoidosta, raittiista ilmasta j.n.e. ⁹⁴⁹

Äitiyshuollossa oli tärkeintä saada kaikki odottavat äidit lääkärinvastaanotolle ja huolehtia kätilöavun saatavuudesta. Lastenhoidossa oli tärkeintä kiinnittää huomio lasten ruokintaan. Jos maitoa ei ollut saatavissa, olisi siitä ilmoitettava viranomaisille, että saataisiin asia korjatuksi. Neuvontatyön muodot moninaistuisivat sitä mukaa kun siirtoväkeä alkaisi palata enemmän. Oli oletettavaa, että kulkutautien vaara vähitellen pienenisi, jolloin äitiyshuolto, pienten lasten neuvontatyö, tuberkuloosihuolto ja koululasten tarkastukset nousisivat tärkeimmiksi. ⁹⁵⁰

Kaikissa piirin asiakirjoissa on nähtävissä Jaakkimaisen omistautuminen kansanterveystyöhön ja Karjalan jälleenrakennukseen. Krooninen lääkäripu-la aiheutti kuitenkin sen, että ylityöllistetyt kunnanhuoltolääkärit keskittyivät lähes yksinomaan sairaanhoitotyöhön. Jaakkimaisen ylevä ajatus ehkäisevää terveydenhuollosta lankesi lähes yksinomaan terveyssisarten, ”kansanterveyden tietoniekkojen” vastuulle. ⁹⁵¹ Johtavan terveyssisaren Elvi Haapalan vastuulla oli ehkäisevän terveydenhuollon järjestäminen läheisessä yhteistyössä piirilääkärin kanssa. Toimistotyöt tehtiin samassa huoneessa ”samaa puhelinta käyttäen”. ⁹⁵² Haapala laati myös Sortavalan piirin terveydenhoidollisen osuuden vuosikertomukseen vuosina 1942 ja 1943. ⁹⁵³

Siinä missä lääkärit keskittyivät lähes pelkästään sairastuvien vastaanottojen pitämiseen, terveyssisarten toimenkuva oli monipuolinen. Hyvän ammattitaidon lisäksi heiltä vaadittiin myös joustavuutta ja oikeata palvelemishalua sekä yhteistoimintaa kaikkia muita eri aloja edustavien sosiaalisten työntekijöiden kanssa. Kansanterveystyön asiantuntijoina terveyssisaret olivat vastuussa eri järjestöjen kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Elvi Haapalan mukaan nykyajan tunnus oli yhteistyö, ja siihen olisi terveyssisartenkin entistä enemmän pyrittävä sekä hoitokuntien, että myös erilaisten yksityisten järjestöjen kanssa, jotka toimivat sosiaalisella alalla. ⁹⁵⁴

Vaikean terveyssisarpulan vuoksi kesällä 1942 komennettiin 12 Valtion Terveydenhuolto-opiston oppilasta suorittamaan opiskeluun liittyvä käytän-

⁹⁴⁹ Da 1, SPA, MMA.

⁹⁵⁰ Da 1, SPA, MMA.

⁹⁵¹ Da 1, SPA, MMA.

⁹⁵² Sisäasiainministeriölle 10.1.42/ D, N:o 91.1942 N:o 218. Lääkintöneuvos Harald Sarkko:

Lääkintähuollon järjestäminen valtakunnan yhteyteen liitetyllä Karjalan alueella. DNo 91-1942. Ea 328, LKH V, KA.

⁹⁵³ Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁵⁴ Sortavalan piirin joht. ts vk 1943. Ebk4, LKHV, KA; SPR 10, 1943.

nön jakso Sortavalan piirissä. He työskentelivät aluksi vanhempien terveyssisarten ohjaamina ja heinäkuun alusta lähtien valmistumisensa jälkeen itsenäisesti, jolloin piirin alueelta vapautettiin seitsemän terveyssisarta omiin kuntiinsa muualle Suomea. Elvi Haapalan mukaan ”suurella innolla ja antaumuksella” olivat terveyssisaret toimineet takaisin vallatulla alueella, jossa olot olivat puutteelliset ja koko terveyssisarthyö oli luotava alusta. Terveyssisaret saivat palkkansa valtiolta, mutta kunta antoi asunnon.⁹⁵⁵

Palautetussa Karjalassa nähtiin tiivistyneenä kaikki kansanterveystyön kerrostumat. Työ aloitettiin perusteista eli hygieniasta ja sitä jatkettiin äitiys- ja lastenneuvonnalla, jossa erityinen huomio kiinnitettiin ravitsemukseen. Vuonna 1942 aloitettiin koululaisten terveystarkastukset ja tuberkuloosi-seulonnat ja lopuksi vuodesta 1943 lähtien pääpaino oli epidemiantorjunnassa suojarokotusten avulla. On huomattava, että neuvonnan ja toimenpiteiden kohteena oli koko Karjalan palaava väestö, jota ei eroteltu yhteiskunnallisen aseman, kaupunkilaisuuden tai maalaisuuden mukaan.

6.3 Nykyajan tunnus on yhteistyö

Sodanaikainen ”terveydenhuoltokolmio”, jonka sakarat muodostuivat lääkintöhallituksesta, puolustusvoimista ja kansalaisjärjestöistä, oli Laatokan Karjalassa ilmeinen, sillä kuntien mahdollisuudet itsenäiseen toimintaan olivat alussa lähes olemattomat. Valtiovallan ja järjestöjen välinen yhteistyö oli puutteellisten resurssien vuoksi välttämätöntä. Huomattava osa kansanterveyteen suunnatuista varoista tuli ulkomaisina ja kotimaisina lahjoituksina, joita hallinnoi Suomen Huolto. Paikallistasolla Sortavalan piirissä tärkeimmät yhteistyötahot olivat puolustusvoimat ja Mannerheim-liitto, Suomen Punainen Risti (SPR) sekä Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys (STVY). Karjalan järjestö- ja neuvontatoiminta oli ollut aktiivista sotien välisinä vuosina, joten erilaisten yhteistyötoimien aloittaminen palautetussa Karjalassa oli luontevaa.⁹⁵⁶

Kansanterveystyössä huomattavin muutos rauhanaikaan nähden oli kuntien heikko asema, sillä niiden verotuotto oli huono ja jälleenrakennus vei paljon resursseja.⁹⁵⁷ Kuntien tärkeimpänä velvoitteena oli luovuttaa tilat sairaaloille, lääkäreiden ja terveyssisarten vastaanottotiloille sekä asunnot terveydenhuoltohenkilöstölle. Kunnanpäällikön aktiivisuudesta ja asenteesta riippui, minkälaisia toimintatiloja tarjottiin. Esimerkiksi koulujen perustaminen saattoi tuntua tähdellisemmältä kuin tilojen järjestäminen lastenneuvolalle. Pahiten kärsineillä alueilla kunnossa olevia rakennuksia oli vähän. Suojärvelä kunnanhuoltolääkäri Kaarina Kari, kätilö ja terveyssisari asuivat vuonna 1942 talossa, jonka lämmityslaitte oli rikki ja terveyssisaren huoneeseen satoi

⁹⁵⁵ Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁵⁶ Ollila 1993; Hämynen 1993.

⁹⁵⁷ Kuntien taloudesta kts. Simonen 1965, 120–127.

sisään.⁹⁵⁸ Tarkoituksena oli vähitellen siirtää kunnille vastuu paikallisesta terveydenhuollosta, mutta Laatokan-Karjalan alueella ainoastaan vakavarainen Kurkijoki ehti ennen kesää 1944 palkata uudelleen entisen kunnanlääkärinsä Erkki Veikkolaisen.⁹⁵⁹

Sotasairaalassa synnytysosasto

Syksyllä 1941 terveydenhuolto oli puolustusvoimien vastuulla, joten oli luonnollista, että siviiliväestöä hoidettiin myös armeijan sairaaloissa. Sortavalan alueella puolustusvoimat jatkoi kuitenkin erikoislääkärijohtoisten sairaalapalveluiden tarjoamista siviiliväestölle aina kesään 1944 saakka. Sortavalan sotasairaala oli käytännössä alueen todellinen keskussairaala, jossa hoidettiin vuonna 1943 päivittäin keskimäärin 170 siviilipotilasta, vaikka virallinen paikkaluku oli vain 70. Sairaalassa oli toiminnassa sisätauti-, kirurginen ja korva-, nenä- ja kurkkutautien osasto, mutta myös lasten ja naisten, kulkutauti- ja synnytysosasto. Paikkoja oli myös Pälksaaren sotasairaalassa, Jaakkiman varuskunnansairaalassa ja Salmin sotasairaalassa. Sairaaloiden varustelutaso oli vaatimaton. Epidemioiden aikana kärsittiin vaikeasta tilanahtaudesta. Sortavalassa vuoden 1943 kurkkumätäepidemian aikana tilojen ja varusteiden puutteessa joutuivat potilaat makaamaan ”kaksi (2) samassa vuoteessa, pienet lapset käärittyinä miesten isoihin paitoihin”. Kylvetysmahdollisuuksia ei osastolla ollut, vaan potilaat vietiin kantaen ”yli pihojen” Diakonissalaitoksen puolelle kylvetettäviksi.⁹⁶⁰

Suomen Huollolla lastensairaalaita

Suomen Huolto ja sen jäsenjärjestöt olivat osa välillistä hallintoa, minkä vuoksi on ajoittain vaikeaa arvioida, mikä osa toiminnasta oli julkisin varoin hoidettua ja mikä osa kansalaistoiminnaksi luokiteltavaa. Suomen Huolto avusti vuosina 1940 ja 1941 erityisesti siirtoväkeä, jolloin oli luonnollista, että järjestö siirsi osan toiminnoistaan palautettuun Karjalaan. Järjestö ei toiminnut valloitetussa Itä-Karjalassa, mutta se lainasi kuitenkin jonkin verran tarvikkeita SPR:lle, joka vastasi alueen siviiliväestön huollosta.⁹⁶¹ Suomen Huolto ohjasi terveydenhuollon piirissä lahjoitusvarat pääosin SPR:lle ja Mannerheim-liitolle, mutta sairaalat olivat suoraan terveydenhoitotoimikunnan alaisia.

Suomen Huolto päätti jo 28.8.1941 perustaa siviiliväestöä varten sairaalan Impilahdelle, sillä vaikeiden asuinolojen vuoksi kotona oli vaikea sairastaa. Sairaala avattiin 12-paikkaisena jo 15.10.1941 entisen kulkutautisairaalan tiloihin. Saman vuoden joulukuussa Värtsilässä avattiin Suomen Huollon sairaala. Vuonna 1942 perustettiin Suojärvelle Suomen Huollon yleissairaala,

⁹⁵⁸ Johtavan terveyssisaren tarkastukset, Eh, SPA, MMA.

⁹⁵⁹ Kurkijoen kl vk 1943. Ebb 23, LKHV, KA.

⁹⁶⁰ Sortavalan pl vk1943. Eba 15, LKHV, KA.

⁹⁶¹ Pk 28.8.1941. Ca3, SHTMK, SH, JyMA.

Harluun Suomen Huollon lastensairaala sekä Sortavalaan tuberkuloottisia lapsia varten Filppulan sairaala, joka oli osittain Suomen Huollon ja osittain Sisälähetysseuran ylläpitämä.⁹⁶² Suomen Huollon sairaalat olivat yleislääkärijohtoisia kunnansairaaloita, joissa ei harjoitettu leikkaustoimintaa. Kalusteet saatiin Kanta-Suomen puolella lakkautetuista sairaaloista. Esimerkiksi Impilahdelle saatiin kalusteet Tuusniemeltä.⁹⁶³ Yleensä kunta luovutti sairaalarakennuksen, ja Suomen Huolto maksoi henkilökunnan palkat, lääkärin-palkkiot sekä rakennuksen ylläpidon.⁹⁶⁴

Harlun lastensairaallalle kunnostettiin kaksikerroksinen puutalo, entinen tehtaan lääkärin asunto. Vuonna 1943 hoitopaikkoja oli 30, joista vauvalapaikkoja 10. Lääkäreinä toimivat Harlun kunnanhuoltolääkärit, jotka vaihtuivat muutaman kuukauden välein. Potilaista suurin osa kärsi pitkäaikaisista sairauksista, esimerkiksi vaikeista anemioista ja nivelreumatismista. Hoitoaika oli keskimäärin 50 päivää.⁹⁶⁵ Myös Värtsilän Suomen Huollon 50-paikkaisessa sairaalassa oli lastenosasto, jossa 25 paikasta 15 oli varattu huonokuntoisille, ei-tartuttaville tuberkuloottisille lapsille.⁹⁶⁶

Huomattava osa sairaalapaikoista oli siis varattu lapsille, mikä oli aikakaudelle poikkeuksellista. Harlun lastensairaala toimi malliesimerkkinä Karjalan kehittyvästä terveydenhuollosta vetäen puoleensa paljon vierailijoita. Joulukuussa 1943 sairaalassa vieraili ”Rooman paavin lähettiläs piispa Cobben Helsingistä seurueineen” tutustuessaan palautetun alueen lasten terveydenhuollollisiin olosuhteisiin. Paavi oli tehnyt 200 000 mk:n lahjoituksen varattomien tuberkuloottisten ja heikkolahjaisten lasten hoitoon takaisinvalatulla alueella. Rahat ohjattiin Filppulan ja Harlun lastensairaaloille.⁹⁶⁷

Tuberkuloositarkastukset suosittuja

Tuberkuloosihuoltotyö kuului Suomessa perinteisesti puolivaltiolliselle Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistykselle. Näin toimittiin myös palaute-tussa Karjalassa. Sortavalan piirissä aloitettiin tuberkuloosityö kesällä 1942, jolloin Sortavalaan perustettiin STVY:n tuberkuloositoimisto huoltopiirinään koko Laatokan-Karjalan alue.

⁹⁶² Kaiken kaikkiaan potilaspaikkoja Sortavalan alueella oli yhteensä 390 vuonna 1943. Vk 1941. Db, SHTMK, SH, JyMA; Sortavalan pl vk 1943, Eba 15, LKHV, KA; Sortavalan piirin joht. ts vk 1943, Ebk1, LKHV, KA.

⁹⁶³ Pk 28.8.1941. Ca3, SHTMK, SH, JyMA.

⁹⁶⁴ Pk 3.10.1941. Ca3, SHTMK, SH, JyMA.

⁹⁶⁵ Harlun lastensairaalan kertomus vuodelta 1943. Liite Harlun kunnanhuoltolääkärin kertomukseen. Ebb 23, LKHV, KA.

⁹⁶⁶ Suomen Huollon Yleissairaalan vk. Värtsilän kunnanhuoltolääkärin vk 1943 Ebb 23, LKHV, KA.

⁹⁶⁷ 16.5.1943 pk. Ca4, SHTMK, SH, JyMA.



Kuva 7 Lastenlääkäri Zaida Eriksson-Lihr kiersi ahkerasti Ruotsin Punaisen Ristin neuvola-autolla Kanta-Suomessa, palautetulla alueella ja myös Itä-Karjalassa. Kauniilla ilmalla tilaisuudet pidettiin ulkona, jotta lapset saisivat auringonvaloa. Kuva otettu vuonna 1942 Kuujärvellä, Itä-Karjalassa. Terveysisaren siniseen univormuun kuului vuoteen 1946 saakka tummansininen solmio. SA-kuva.

Kunnissa järjestettiin joukkotarkastuksia, joihin ”väestö hakeutuu auliisti ja mielellään [tuberkuloosi]lääkärin vastaanotoille ja yhteistarkastuspäivinä kestää työ aamusta iltaan”.⁹⁶⁸ Tuberkuloosi oli yleinen piirissä, vaikka periaatteessa vain terveet ja työkytoiset henkilöt olisivat saaneet paluuluvan palautettuun Karjalaan.⁹⁶⁹ Suosittujen pienoröntgenkuvausten houkuttelevana oli helppo järjestää myös lasten terveystarkastuksia. Tällä konseptilla toimi vuonna 1941 Ruotsin Punaisen Ristin neivolabussi, joka veti perässään röntgenkuvausyksikköä. Neuvolan lääkäri Zaida Eriksson-Lihr (kuva 7) mukanaan neljä sairaanhoitajaa ja autonkuljettaja kiersi vuonna 1941 Itä-Karjalassa ja Kainuussa sekä kesällä 1942 ja 1943 palautetulla alueella tekevässä lasten terveystarkastuksia.⁹⁷⁰

Tuberkuloosityöhön panostettiin lasten kohdalla voimakkaasti. Terveysisaret tekivät periaatteessa kaikille koululaisille ja pikkulapsille sekä neuvoloissa että lääkärin vastaanotoilla tuberkuliinikokeet, yleensä ”heftakokeilla”. Jos koe oli positiivinen, eli lapsi oli altistunut tuberkuloosille, teki

⁹⁶⁸ Vuonna 1943 oli toimitettu jo 14 000 tuberkuloositarkastusta, eli 11,7 prosenttia väestöstä oli tarkastettu. Sortavalan pl vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁶⁹ Vuonna 1942 tuberkuloosiin kuoli 181 henkilöä, tuberkuloottisia koteja oli 326 ja tuberkuloosipotilaita 583 terveysisarten kirjoissa. Sortavalan pl vk 1943. Eba 15, LKHV, KA; Sortavalan joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁷⁰ Zaida Lihr-Eriksson päiväkirja 1942. Yliopistomuseo; Simonen 1965, 256–257.

tuberkuloosipiiriin lääkäri läpivalaisun. Alle kouluikäisillä koe oli positiivinen noin 10 prosentilla, koululaisilla taas noin 20 prosentilla, mikä vastasi maan keskiarvoa. Vuoden 1943 aikana aloitettiin pikkulasten ja rippikouluikäisten kalmetoinnit. Taulukon 19 Ham+ tarkoittaa positiivista reaktiota Hamburger- eli heftakokeelle.⁹⁷¹

Taulukko 17. Lasten tuberkuliinikokeiden (Ham = Hamburger-heftakoe) tulokset Laatokan-Karjalassa 1942 ja 1943

	0-7 v.	Ham +	%	Koulul.	Ham +	%
1942	2430	234	9,6	8145	1607	19,7
1943	6208	704	11,3	12740	2418	19,0
1943 kalmetoitu 123 pikkulasta						
1943 kalmetoitu 85 koululaista						

Lähde: Sortavalan piirin johtavan terveysisaren vuosikertomus 1943. Ebk4, LKHV, KA.

Ongelmaksi muodostui tuberkuloottisten lasten hoito. Lapset sairastivat usein luu- eli kirurgista tuberkuloosia, jonka hoito edellytti leikkauksia ja pitkiä makuuaikoja parantoloissa. Monet lapset saivat sota-aikana hoitopaikan Ruotsista.

Pelastusarmeijalta pakettiauto

Piirilääkäripiiri teki yhteistyötä myös monien järjestöjen kanssa, jotka eivät suoranaisesti tehneet kansanterveystyötä. Syksyn 1941 siivousoperaatio organisoitiin yhdessä Lotta- ja Martta-järjestöjen kanssa. Martat olivat luontevia yhteiskumppaneita, sillä järjestön toiminta kodinhoidon tason kohottamiseksi, lastenhoidon ja monipuolisen ravitsemuksen edistämiseksi poikkeusolosuhteissa tuki kansanterveyttä, ravitsemusta ja hygieniää.⁹⁷² Pelastusarmeijan rooli yhteistyökumppanina oli merkittävä, sillä järjestö luovutti piirilääkärin käyttöön pakettiauton. Yhteistyö järjestöjen kesken oli hyvin konkreettista, sillä esimerkiksi keväällä 1942 piirilääkäri, johtava terveysisari sekä Marttapiiriliiton ja Pelastusarmeijan työntekijät ajelivat ympäri Laatokan-Karjalaa tutustumassa uuteen piiriinsä. Pakettiauto oli täynnä kulloinkin jaettavaa tavaraa, kuten äitiyspakkauksia, kalaöljyä ja muita suojalääkkeitä, kirjallisuutta ja vaatetta.⁹⁷³

Presidentinrouva Ester Ståhlbergin perustama Koteja kodittomille lapsille r. y. toimitti Ruotsista saatua ruoka-apua alueelle. Ravitsemustilanne oli

⁹⁷¹ Sortavalan piirin joht. ts vk 1943, Ebk4, LKHV, KA. Helsingissä sotavuosina noin 25 % koululaisista oli altistunut tuberkuloosille, eikä merkittävää nousua ollut nähtävissä. Tingvald-Hannikainen 1945, 463–502.

⁹⁷² Martat vastasivat siirtoväen muonituksesta niin kutsutuissa Marttamajoissa, jotka toimivat myös pienimuotoisina majataloina. Ne toimivat myöhemmin kunnan keskuksissa kokoontumispaikkoina ja lounasruokaloina, joita myös terveysisaret käyttivät. Simonen 1965, 63–64.

⁹⁷³ Suomen Huollon alaisina toimivat suoraan ainoastaan sen perustamat sairaalat. Sortavalan piirilääkärin ja johtavan terveysisaren vuosikertomukset 1942. Eba 14, LKHV, KA.

kriittinen keväällä 1942. Lehmiä oli niukasti ja lähes kaikki ruokatarvikkeet oli tuotava alueen ulkopuolelta. Lapsia uhkaavan aliravitsemuksen vuoksi kuntiin perustettiin ruokintakomiteoita, joille ruokatarvikkeet jaettiin piirilääkärin toimiston kautta. Ruoka-avun turvin voitiin kesäksi 1942 avata päiväkotia vaikeasta elintarviketilanteesta kärsineeseen Harluun, jotta äidit pääsisivät maataloustöihin ja lapset vahvistumaan ravitsevan ruoan ääreen. Kahden kuukauden ajan päivähoidossa kävi yhteensä 40 lasta.⁹⁷⁴ Ester Ståhlberg kiersi myös itse Laatokan Karjalassa kesällä 1943 tarkastamassa lasten ruokintatoimintaa.⁹⁷⁵

Kaikki järjestöt eivät kuitenkaan olleet mukana Karjalan jälleenrakennustyössä. Rajaseudun ystävien liitto, joka aikaisemmin oli merkittävästi tukenut Itä-Suomen kansanterveystyötä, siirsi painopistettään valloitettuun Itä-Karjalaan, jossa liitto teki yhteistyötä Itä-Karjalan SPR-piirin kanssa ja avusti esimerkiksi Aunuksen lasten toipilaskotia. Kuhmon aluelääkäri Rantanen harmitteli asiaa. ”Kumminkin näyttää siltä, että varsinaiset n.s. rajaseudun hyväksi työskentelevät järjestöt ovat hyljänneet entiset rajaseudut työskennellen nyt Kauko-Karjalan hyväksi.”⁹⁷⁶

SPR rinnakkaisorganisaationa

Saumattomin ja läheisin yhteistyökumppani kansanterveyden kehittämisessä ja käytännön toiminnassa oli SPR ja Mannerheim-liitto. Sortavalassa nähtiin todellinen personaaliunioni SPR:n ja valtiollisen terveydenhuollon kesken, kun elvytetyn SPR:n Laatokan Karjalan piirin terveydenhoitojaoston puheenjohtajaksi valittiin piirilääkäri Jaakkimainen ja sihteeriksi johtava terveyssisar Haapala.⁹⁷⁷ Valtiollista ja kansalaisjärjestön terveydenhuoltotyötä johtivat samat henkilöt, jolloin Haapalan sanoin ”vältyttiin eri suuntiin vetämiseltä ja puhallettiin yhteen hiileen”.⁹⁷⁸

Vuonna 1942 SPR:n Laatokan-Karjalan piirin terveydenhoitokomitea koontui neljä kertaa aloitettuaan toimintansa maaliskuussa. Komitean tärkeimpiä tehtäviä oli terveyssisarten työn tukeminen, joka oli vaatimatonta, mutta hyvin konkreettista. Piiri hankki 16 polkupyörää ja kaikille terveyssisarille sukset siteineen talveksi. Tämä helpotti terveyssisarten liikkumista laajoilla pitäjillä, joilla kulkuyhteydet olivat melkein olemattomia. Vuonna 1943 saatiin 20 valkoista lampaannahkaturkkia lainaksi ja vaikean kenkäpulan keskellä hankittiin pohjanahkaa kaikkien terveyssisarten hiihtokenkiä varten.⁹⁷⁹

Tärkeä toiminta- ja yhteistyömuoto oli SPR:n piirihallituksen toimeenpanemat kansanterveyspäivät, joista ensimmäiset pidettiin Sortavalassa mar-

⁹⁷⁴ Harlun päiväkodin toimintakertomus 20.7.- 20.9.1942. Ec1, SPA, MMA.

⁹⁷⁵ Bertel Nybergin kirjeet Jaakkimaiselle 18.6. ja 19.6.1943. Ec1, SPA, MMA

⁹⁷⁶ Vainio 1958, 40–43; Kuhmon al vk 1942. Eba: 14, LKHV, KA.

⁹⁷⁷ Molemmat kuuluivat myös piirihallitukseen. Terveys sisar Elvi Haapala valittiin lisäksi SPR:n piirihallituksen naiskomitean varapuheenjohtajaksi.

⁹⁷⁸ Hc, SPA, MMA; Sortavalan piirin joht. ts vk 1943, Ebk4, LKHV, KA.

⁹⁷⁹ Toimintakertomukset 1942 ja 1943. Hc, SPA, MMA.

raskuussa 1942. Kutsun olivat saaneet kaikki lääkärit, terveyssisarret, kätilöt, kuntien edustajat ja Mannerheim-liiton edustajat. Tilaisuutta pidettiin tärkeänä, sillä Helsingistä olivat saapuneet luennoitsijoiksi Arvo Ylppö ja Severi Savonen. Luentojen jälkeen terveyssisarilla oli mahdollisuus kertoa Ylpölle työssä eteen tulleista ”vaikeista lapsitapauksista”, joihin he sitten saivat neuvoja. Lisäksi lastenlääkäri Carl-Eric Räihä esitteli kiertävänä neuvolalääkärinä saamiaan kokemuksia ja painosti erikoisesti niitä seikkoja, joissa lastenhoidossa tehdään ”suurimmat virheet”.⁹⁸⁰

Laatokan Karjalan piirin terveydenhuoltokomitea auttoi myös lastenneuvoloiden käynnistämisessä ja toiminnan tukemisessa. Kunta luovutti neuvolalle toimintatilat sekä huolehti valosta ja lämmöstä, mutta kalusto tuli Suomen Huollolta SPR:n välittämänä. Vuoden 1942 puolella saatiin jaettua kymmenen neuvolakalustoa ja vuonna 1943 vielä yhdeksän lisää. Piirihallitus hankki terveyssisarten käyttöön kotisairaanhoidolaukkuja, pientenlastenvaakoja, koululastenvaakoja, neuvolakortistoa ja sairaanhoitovälineiden lainausvaraston. Mannerheim-liiton paikallisosastot maksoivat juoksevat menot, kuten lääkärin palkkiot, siivouksen ja toimistotarvikkeet aluksi SPR-piiriltä saamansa tuen turvin ja syksystä 1943 lähtien kummikuntaavustuksilla.⁹⁸¹ Toimikunta sai toimitetuksi myös runsaasti vitamiini- ja rautavalmisteita neuvoloiden kautta jaettaviksi. Vuonna 1943 jakoon saatiin 300 kiloa kalanmaksaöljyä ja 500000 D-vitamiinitablettia. Vaate- ja kenkälahjoitukset, vauvanvaatepakkaukset ja vauvojen kiertokorit kanavoitiin kaikki SPR:n kautta ja jaettiin Mannerheim-liiton paikallisosastojen ja terveyssisarten toimesta.⁹⁸²

Suuri projekti oli Ruotsista lahjoituksena saatujen terveystalojen pystyttäminen palautettuun Karjalaan. Sortavalan piiriin valmistui vuonna 1943 terveystalot Suojärvelle, Soanlahdelle ja Salmiin, missä huoneistokysymys oli erityisen vaikea. Vielä 24.5.1944, kaksi viikkoa ennen Neuvostoliiton suurhyökkäystä, SPR avasi yhdessä Pelastusarmeijan kanssa Sortavalan äitiyskodin, jonne äidit saivat tulla odottamaan synnytystä turvallisesti sairaalan lähelle. Koti ehti toimia vajaan kuukauden ennen kuin se oli suljettava sotatoimien vuoksi.⁹⁸³

SPR:n piirihallitus myönsi myös varat kolmen kodinhoitajan palkkausta varten vuonna 1942. Ratkaisu osoittautui onnistuneeksi ja tarkoitustaan vastaavaksi. Kodinhoitajat auttoivat perheissä, jos esimerkiksi äiti oli sairas eikä pystynyt hoitamaan lapsiaan. He kuljettivat myös sairaita hoitopaikkoihin ja olivat siten avuksi terveyssisarille, kun he terveyssisar Haapalan sanoin useinkin vaikeissa olosuhteissa alttiina ja innostuneina olivat suorittaneet

⁹⁸⁰ Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁸¹ Mannerheim-liitto haki Ruotsista kaikille suomalaisille kunnille oman kummikunnan, jonka suorittamalla lahjoituksilla tuettiin lastenhuoltotoimintaa. Kummikunnista luvussa 7.

⁹⁸² Toimintakertomukset 1942 ja 1943. Hc, SPA, MMA.

⁹⁸³ Kaiken kaikkiaan palautettuun Karjalaan rakennettiin yhdeksän terveystaloa. Rakennustoiminta jatkui aina alkukesään 1944 saakka. Simonen 1965, 256–257; Viipurin läänin maaherran vk vuodelta 1944, 31.12.1945. 49/381, SM, KA.

osansa ”Karjalan Jälleenrakennustyössä”.⁹⁸⁴ Vuonna 1943 käynnistettiin Jamilahden kansanopistossa noin puolen vuoden pituinen kodinhoitajakurssi, josta valmistuneet kodinhoitajat sijoituivat Laatokan Karjalan kuntiin Mannerheim-liiton paikallisosastojen palkkaamina.⁹⁸⁵

Terveys sisar Haapala vastasi yhteydenpidosta kuntien viranomaisiin ja Mannerheim-liiton johtohenkilöihin terveydenhoidollisissa asioissa. Neuvotteluja pidettiin muiden muassa neuvolatoiminnan alkamisesta, huoneiston saannista neuvoloille ja neuvolatyön edistämisestä kunnissa, koulukeittolatoiminnan tehostamisesta, terveys sisarten asunto-olojen järjestelystä, terveystalojen valmistumisesta ja lääkekaupan järjestämisestä pois terveys sisarilta.⁹⁸⁶ ”Kunnanukkojen” kanssa oli vaikeuksia, sillä kunnalla oli monenlaisia menoja jälleenrakentamisessa, ja vanhat asenteet olivat muutenkin tiukassa. Näin Parikkalan terveys sisar Edith Neuvonen valitti kirjeessään 5.6.1942:

Myöskin minulla on niin murheellinen Jobin posti, että meidän pimeä valtuustomme 6 ollessa asian kannalla, hylkäsi taas ”neuvolan”, sillä perusteella että on toimeen tultu ennenkin ja että kyllä siitä aina rahanmenoja löytyy, vaikka nyt lääkärin palkkaus ja y.m. vähän tulisikin. Olen niin nolo ja häpeän kuntalaisten puolesta ja sitä että olen rohjennut niin suunnattomasti vaivata toht. Räihäkin asian puolesta. Mutta sen pienen ajan jonka olenkin vain kunnassamme kulkenut, on kuitenkin osoittanut miten paljon meillä vielä työntekijöitä tarvittaisiin ja miten paljon herätystä!⁹⁸⁷

6.4 Kummikuntarahoja Ruotsista

Paikallistasolla Mannerheim-liiton osastot olivat avainasemassa kansanterveystyön edistämisessä. Talvisotaa edeltäviin vuosiin verrattuna osastojen asema oli parantunut: nekin olivat muuttuneet sodan seurauksena ”puolivirallisiksi”, sillä ne hallinnoivat keskusjärjestöiltä saamillaan varoilla kuntien lastenneuvola- ja huoltotoimintaa.

Impilahden paikallisosasto oli päättänyt toukokuussa 1940 Riistavedellä lakkauttaa toimintansa ja käyttää jäljelle jääneet rahat impilahtelaisten lasten hyväksi. Osasto kuitenkin elvytettiin ”Pienessä Pappilassa” keväällä 1942 impilahtelaisten valtaosin palattua takaisin kotikuntaansa. Pastorinrouva Impi Salomaa valittiin puheenjohtajaksi ja samalla perustettiin sotakummi-valiokunta, jonka avulla sodan vuoksi orvoiksi jääneille lapsille järjestettiin

⁹⁸⁴ Sortavalan piirin joht. ts vk 1942 Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁸⁵ Toimintakertomus 1943. Hc, SPA, MMA.

⁹⁸⁶ Vuonna 1942 hän oli pitänyt 46 neuvottelua ja kokousta kunnan viranomaisten kanssa ja Mannerheim-liiton paikallisosaston johtohenkilöiden kanssa 38 kokousta. Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

⁹⁸⁷ 5.6.1942. Ek. SPA, MMA.

usein ulkomaalaiset kummit. Impilahdella saatiin kummit hankittua kaikille 86 orvolle.⁹⁸⁸

Rahoitustilanne helpottui, kun joulukuussa 1942 saatiin tietää, että Vemmenhögin kihlakunnan avustuskomitea Ruotsista oli luvannut lahjoittaa osastolle 1000 kruunua eli 12900 markkaa kuukaudessa kuuden kuukauden ajan lasten hoitoa varten. Summa oli kohtalaisen suuri, sillä esimerkiksi samana vuonna johtavan terveyssisaren Haapalan kuukausipalkka oli 3275 markkaa. Avustuksella maksettiin muun muassa kodinhoitajan palkka, noin 1500 mk kuukaudessa, neuvolan juoksevat kustannukset, lääkärin lastenneuvolapalkkio 200 mk vastaanotolta sekä avustettiin kuntaa koulukeittolaitoiminnassa.⁹⁸⁹

Osaston perustoiminnassa oli vielä paljon piirteitä perinteisestä filantrooppisesta hyväntekeväisyydestä. Marttojen kanssa pidettiin yhteisesti ompeluseuroja, joissa korjailtiin SPR:n naiskomitealta saatuja lasten vaatteita ja järjestettiin pikkuvauvojen koreja.⁹⁹⁰ Ompeluseurat olivat kuitenkin tärkeitä, sillä lastenvaatteista oli huutava pula ja kauppoissa hyllyt ammottivat tyhjyyttään. Niinpä hiitolalainen nuori äiti kääntyi epätoivoissaan Mannerheim-liiton puoleen yritettyään vaatetta kahdeksan kuukauden ikäistä poikaansa, tulevaa ”isänmaan puolustajaa”, jota ei ollut raaskinut Ruotsiin lähettää:

Pyytäisin ystävällisesti kysellä, että mihin toimenpiteisiin voisin ryhtyä kun minulla on yksi lapsi ja terveys sisar on määrännyt sitä käytettäväksi ulkona. Mutta asiani on kerta kaikkiaan sillä lailla että minä en voi viedä pientä lasta ulos kun sillä ei ole vaatteita. Ne vähät mitä on omia vanhoja vaatteita olen jo suurimmaksi osaksi tehnyt lapselle. Kauppoja täällä on kyllä mutta siellä on minun käydessäni aina tyhjä tulos[....]Niin voitte kyllä arvata sen pahan mielen joka silloin syttyy nuoren äidin rinnassa joka on toivorikkain mielin käynyt kasvattamaan pojastaan vanhempiensa vanhuuden turvaa ja jos niin tarvitaan myöskin isänmaan puolustajaa [....]En ole yltäkynäisellä enkä viekkaukella tätä lähettänyt vaan tosiapua anoen kun olen joka lehdestä lukenut että lapset on maan tulevaisuus. Saisin kyllä lähettää lapseni Ruotsiin mutta en raaskisi sitäkään tehdä kun se on vasta 8 kuu-

⁹⁸⁸ Läsä perustavassa kokouksessa olivat pastorinrouva Impi Salomaa, kunnanpäällikkö M. Eronen, kunnanlääkäri Marjatta Selvänne, postinhoitaja Aili Poutiainen, neiti Edit Turunen ja opettaja Anna Penttinen. MLL-Impilahti, KA. Impilahdelle muutti jo 1943 loppuun mennessä 9165 henkilöä eli 71 prosenttia alkuperäisestä väestöstä. Impilahden kunnanhuoltolääkärin vk 1943, LKHV, KA; Simonen 1965, 286–287.

⁹⁸⁹ Summa näkyi kuutena siirtona osaston tilikirjassa vuonna 1943. Tilikirja, MLL-Impilahti, KA; Sortavalan piirin johtavan terveyssisaren vk 1943, Ebk1, LKHV, KA. Mannerheim-liitto käynnisti vuonna 1942 kummikuntaliikkeenä tunnetun avustusjärjestelmän, jolloin Mannerheim-liiton paikallisosastot saivat Ruotsista kummikunnan. Jo vuodesta 1943 lähtien kunnat alkoivat saada avustuksia, joita käytettiin alkuun Mannerheim-liiton paikallisosastojen toiminnan ylläpitämiseen, ja myöhemmin muun muassa lastenneuvoloiden toiminnan rahoitukseen sekä kodinhoitajien palkkaamiseen. Kummikuntaliike laajeni sodan jälkeen merkittävästi. Korppi-Tommola 1982. Kts. luku 7.

⁹⁹⁰ Vaatteita jaettiin 80 lapselle ja vauvan pakkauksia 60 äidille. MLL – Impilahti, KA.

*kauden vanha eikä isilläkään ole sitten kun lomalle tulee niin kirkassilmästä poikaa jota hän lähellään kaippaa joka hetki siellä kaukana ollessaan.*⁹⁹¹

Osaston tärkein toimintamuoto oli lastenneuvolan ylläpitäminen kerran viikossa. Lääkärin vastaanotto kerran kuukaudessa saatiin järjestettyä jo vuoden 1942 puolella.⁹⁹² Kesäksi 1943 perustettiin kesäsiirtola 4–10-vuotiaille lapsille heikkojen, aliravittujen ja muiden sodasta kärsimään joutuneitten lasten terveydentilan kohottamiseksi. Toimintakertomuksen mukaan ”erikoishoitoa” tarvitsevat lapset saivat lääkkeitä ja ”kotikasvatusta vailla olevat” opastusta hyvien tapojen noudattamiseen.⁹⁹³

Impilahdella kunnanviranomaiset suhtautuivat terveydenhoitotyöhön myönteisesti, olihan kunnanpäällikkö Eronen Mannerheim-liiton paikallisosaston aktiivijäsen. Kunta oli anonut terveystaloa, jota ei myönnetty. Sen sijaan SPR suunnitteli malliterveystaloa Impilahden kansanopiston lähetyville, jolloin kansanopiston oppilailla olisi mahdollisuus perehtyä terveydenhoitotyöhön.⁹⁹⁴

Impilahden osasto joutui lopettamaan toimintansa kesällä 1944. Osaston toiminta kuitenkin jatkui jonkin aikaa uudessa sijoituskunnassa Vimpelissä, jossa se keskittyi erityisesti sotaorpojen tukemiseen. Neuvolatoiminta oli siirtynyt tässä vaiheessa kunnalliseksi. Vaikutelmaksi jää, että paikallisosastolla oli Kanta-Suomessa yhteisöllistä merkitystä jäsenilleen, sillä osasto lakkautettiin vasta vuonna 1963 Suonenjoella.⁹⁹⁵

6.5 Rautaa, vitamiineja ja Ovomaltinea

Kaikissa kunnissa pyrittiin aloittamaan lastenhoidonneuvonta, josta huolehtisivat terveyssisarit. Pienten lasten neuvontatyö käynnistettiin Sortavalan piirissä keväällä 1942 lääkintöhallituksen ja Mannerheim-liiton yhdessä järjestämän kiertävän lastenneuvolan avulla. Neuvolan tehtävä oli jälleen kaksijakoinen: yhtäältä terveysneuvonta sekä suojalääkkeiden ja lisäravintoannosten jakaminen ja toisaalta sen selvittäminen, missä ravitsemus- ja terveydentilassa lapset olivat ja mitä apua alueelle olisi jatkossa toimitettava. Etukäteen oli tiedossa, että palautetulla alueella maitoa oli ollut huonosti saatavilla. Lastenneuvola kiersi Sortavalan piirilääkäripiirin sekä myös Parikkalan, Ruokolahden, Simpeleen, Rautjärven ja Ruokolahden kunnat, jotka olivat

⁹⁹¹ Laatokan-Karjalan alueella oli 23 Mannerheim-liiton paikallisosastoa. EK Johtavan terveyssisaren kirjeet 1944 SPA, MMA.

⁹⁹² Impilahden Mannerheim-liiton osaston pöytäkirjat. Osaston toimintakertomus 1943. MLL – Impilahti, KA

⁹⁹³ Hoidettavana oli yhteensä 23 lasta. Osaston tilikirja. Osaston toimintakertomus 1943. Kesäsiirtolan toimintakertomus MLL-Impilahti, KA

⁹⁹⁴ SPR:n Laatokan-Karjalan piirihallituksen toimintasuunnitelma 1943.

⁹⁹⁵ Pöytäkirja. MLL – Impilahti, KA.

osittain Kanta-Suomea. Neuvolan lääkäri Carl-Eric Räihä raportoi lääkärin-tarkastusten löydökset ⁹⁹⁶

Tarkastukset olivat suosittuja. Impilahdella tutkittiin 2/3 eli 600 alle 15-vuotiaista takaisin palanneista lapsista. Ravitsemustilanne oli suoraan verrannollinen lypsävien lehmien määrään, minkä vuoksi Värtsilän ja Suvilahden teollisuuspaikkakunnilla aliravitsemus oli yleisempää. Perunapulan seurauksena keripukkia esiintyi paikoitellen runsaasti, jopa 30 prosentilla lapsista. ”Sangen usein esiintyy *gingivitis*⁹⁹⁷ niin vaikeana, että hammasliha lähinnä muistuttaa puolukkahilloa. C-vitamiinin puute on selvässä yhteydessä perunatilanteeseen.” Tilannetta saatiin korjattua jakamalla ”15 000 C-vitamiinitablettia ’forte’ (Lääketehtas Orion)”⁹⁹⁸

Taulukko 18. Karjalassa kiertävän lastenneuvolan löydökset kevätkesällä 1942. Tutkittuja lapsia yhteensä 8676.

Löydöksiä	Lukumäärä	%
Riisitauti	523	6,0
Anemia	531	6,1
Aliravitsemus	386	4,4
Syyhy	147	1,7
Tb-altistus	199	2,3

Lähde: Selostus Mannerheim-liiton kiertävän lastenneuvolan toiminnasta ajalla 8.4.-3.7.42. Hf 1, SPA, MMA.

Kevään ja kesän aikana tarkastettiin yhteensä 8676 lasta, joista alle 1-vuotiaita oli 923, 1–7-vuotiaita 4594 ja kouluikäisiä 3159. (taulukko 18) Kaikille lapsille tehtiin tuberkuliinikoe, ja myönteiset tapaukset paikallinen terveyssisar ohjasi läpivalaistaviksi. Raportissa löydöksiä ei ollut eritelty ikäryhmien mukaan. Keskimäärin lapset olivat melko hyväkuntoisia, eikä poikkeavien löydösten määrä eronnut oleellisesti muusta maasta. Lasten kunto ja ravitsemustilanne vaihtelivat suuresti alueella. Tärkeitä asiaan vaikuttavia tekijöitä olivat jo aikaisemmin mainittu maidon ja perunan saanti sekä neuvontatyön perinne kullakin paikkakunnalla. Vuoksenlaaksossa, Simpeleen teollisuuspaikkakunnalla, missä jo 20 vuotta oli tehty lasten neuvontatyötä, tilanne oli huomattavasti parempi kuin Ruokolahden maaseutuvaltaisessa kunnassa, jossa perinnettä ei ollut ja jossa lasten kunto oli huonompi kuin missään palautetulla alueella. Ruokolahdella imeväiskuoletisuus oli jatkuvas-ti yli sata promillea.

⁹⁹⁶ Carl-Eric Räihä (1904–1982). Vuosina 1950–1971 Helsingin yliopiston lastentautiopin ruotsinkielinen professori. Korppi-Tommola KB 2006. Kolmen kuukauden aikana neuvolan vastaanottoja pidettiin 187 kylässä 23 kunnan alueella. Räihä *Suomen Punainen Risti* 10–11/1942.

⁹⁹⁷ C-vitamiinin puutteen aiheuttama ientulehdus.

⁹⁹⁸ Selostus Mannerheim-liiton kiertävän lastenneuvolan toiminnasta ajalla 20.4.–11.5.42. Hf1, SPA, MMA.

Räihä näki kunnan viranomaiset vastapuolena, kasvatuksen kohteena. Ruokolahdella kunnan viranomaisia olisi painostettava aloittamaan pikkulasten neuvontatyö, sillä korkea kuolleisuus kunnassa ”riistää maaltamme yli 30 lasta turhaan vuosittain”. Kurkijoella, Jaakkimassa ja Hiitolassa lapset olivat hyvässä kunnossa, osittain suotuisten olosuhteiden vuoksi, osaksi siksi että neuvontatyötä oli tehty jo talven kuluessa. Kiertävän lastenneuvolan tärkein tulos Räihän mukaan oli se, että takaisin vallatulle alueella palaavista äideistä suurin osa ainakin kerran oli saanut opetusta ”terveen lapsen hoidon yksinkertaisimmista suuntaviivoista”.⁹⁹⁹

Suomen Punainen Risti-lehdessä Räihä selosti suurelle yleisölle kiertävän lastenneuvolan työtapoja. Näinkin eksoottista tapahtumaa ja sen hyödyllisyyttä tuotiin herkästi julkisuuteen, sillä lastenneuvola-asia oli uutta lakiehdotusta muotoiltaessa ajankohtainen valtakunnallisellakin tasolla. Vastaanotot pidettiin suuremmissa maataloissa tai kansakouluissa väestön osoittaessa kaikkialla asiaa kohtaan suurta mielenkiintoa. Monissa kylissä melkein kaikki kylän äidit olivat koolla lapsineen, ja lisäksi ”vanhat mummot ja ukot” tulivat mielellään mukaan. Paikallinen terveyssisar osallistui aina neuvontatilaisuuksiin. Tämän järjestelyn suurin merkitys oli Räihän mielestä siinä, että ”terveyssisaren hyvät neuvot saivat lääkärin vahvistuksen[...] kansa luottaa sentään enemmän lääkäriin”.¹⁰⁰⁰ Näin lääkärin ja hoitajien väliset hierarkiat näkyivät arjessa. Kiertävä neuvola toi totisesti vaihtelua ankeaan arkeen, kun ”helsinkiläinen tohtori” saapui paikalle korpraalin ohjaamassa so-tilasautossa. Seuraavassa sitaatissa neuvontatilaisuuden sosiaalinen merkitys tulee korostetusti esiin.

*Vastaanotto tapahtui siten, että kaikki äidit ja lapset ensin olivat saapuville tutkittaessa. Täten saimme aikaan yhteisen keskustelun siitä, miten lapsia olisi hoidettava, mitä virheitä tehty jne. Usein sattui, että joku puhelias eukko esitti omia mielipiteitään ja niin juttelu muodostui vilkkaaksi. Yleisen keskustelun jälkeen lapset tutkittiin yksitellen ja silloin äidit saivat henkilökohtaisia neuvoja lapsiinsa nähden toisten usein kuunnellessa mielenkiinnolla ja keskustellessa tapauksesta. Usein sattui, että terveyssisaren välityksellä saatiin kuulla, miten ne äidit, jotka olivat saaneet kiitosta hyvin hoidetuista lapsistaan, vielä jälkeenpäin ylpeilivät niistä vähintään yhtä paljon kuin jos heidän lehmänsä olisi saanut ensimmäisen palkinnon.*¹⁰⁰¹

Räihä nosti artikkelinsa lopuksi esiin näkökulman evakkoajasta oppimiskokemuksena, minkä monet muutkin olivat havainneet.¹⁰⁰² Hän oli saanut palautetulla alueella sen ”varman vaikutuksen”, että karjalaiset olivat osanneet liikkua korvat ja silmät auki sekä oppineet paremmin kuin ennen ”ottamaan vaarin” siitä avusta, minkä yhteiskunta voi antaa yksityiselle. Hän oli vakuut-

⁹⁹⁹ Selostus Mannerheim-liiton kiertävän lastenneuvolan toiminnasta ajalla 8.4.–3.7.42. Hfl, SPA, MMA.

¹⁰⁰⁰ *Suomen Punainen Risti* 10–11/1942, 238–240, 253.

¹⁰⁰¹ *Suomen Punainen Risti* 10–11/1942, 238–240, 253.

¹⁰⁰² Anni Seppäsen yksityisarkisto, KA.

tunut siitä, että Karjalassa kasvaa ”uusi, terve sukupolvi”, joka eräänä päivänä voimakkaasti tarttuu työhön ”isiltä perityillä asuinsijoilla”.¹⁰⁰³

Artikkelista puuttui aikakaudelle ominainen väestöpoliittinen retoriikka. Sitä voisi pikemmin kutsua modernisaatiopuheeksi yksilön ja yhteiskunnan välisestä vuorovaikutuksesta, jonka mukaan yhteiskunta auttaa lapsia kasvamaan terveiksi ja vahvoiksi, tulevaisuuden isänmaan työntekijöiksi. Terveysisar Haapalan mukaan neuvontahetkistä muodostui äideille uusia voimia tuova ”mieleenpainuva juhla”, kun ”tohtori sitten kotoisesti haastellen kokosi äidit ja lapset ympärilleen sydämellisesti neuvoen heille hoitotapoja ja tottumuksia”.¹⁰⁰⁴ Perheille jaetut vitamiinit ja herkullinen *Ovomaltine*¹⁰⁰⁵ olivat varmaan myös omiaan lisäämään kiinnostusta tarkastukseen.

Keväällä 1942 kiertänyt neuvola-auto käynnisti varsinaisen neuvolatoiminnan. Ihmiset oppivat tuntemaan paikkakuntansa terveysisaren ja tietämään, missä hän oli tavattavissa. Vastaanotoilla käyneet lapset merkittiin terveysisaren kirjoihin ja äitejä kehoitettiin itse käymään kättilön luona asioissaan.¹⁰⁰⁶ Helmi Jaakkimaisen mukaan neuvolatyöntekijä muistutti verkonpaikkaajaa, ”joka etsii reikiä, ‘etsii, etsii eikä soisi löytävänsä’”. Mutta paikattavia kohtia aina löytyi. Kiertävän neuvolan avulla voitiin saada hyvä yleiskatsaus terveys- ja huoltotilanteesta ja saatettiin ilmoittaa pysyväle neuvolatyökoneistolle ”paikattavat kohdat”. Tavoitteena oli saattaa lapsi ensimmäisenä ikävuotenaan ainakin neljä kertaa neuvonnan piiriin.¹⁰⁰⁷

IMPILAHTI.

Kiertävä lastenneuvola.

Pikkulasten ilmainen lastenlääkärintarkastus Impilahden kunnassa 9.—12. 8. 43 on seuraavissa paikoissa:

Maanantaina	9 p:nä elok.	Ruokojärven koululla klo 11.
»	9 » »	Syskviärvellä M. Markkasella klo 16.
Tiistaina	10 » »	Uomaan kansakoululla klo 10.
»	10 » »	Pitkärannan kansakoululla klo 16.
Keskiviikkona	11 » »	Kitelän kansakoululla klo 9.
»	11 » »	Leppäsilta kaup. Peltolalla klo 11.
»	11 » »	Kirkonkylässä kunnantalo klo 15.
Torstaina	12 » »	Kokkoselän kansakoululla klo 10.
»	12 » »	Kerisyryjä kansakoululla klo 14.

Kuva 8 Kiertävän lastenneuvolan ilmoitus Laatokan Karjalassa elokuussa 1943. Lähde: Hf1, SPA, MMA.

¹⁰⁰³ Suomen Punainen Risti 10–11/1942, 253.

¹⁰⁰⁴ Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

¹⁰⁰⁵ *Ovomaltine* oli ravitseva, valkuaispitoinen, jauhemuodossa jaettava kaakaojuoma, jota oli saatu ulkomailta lahjoituksena.

¹⁰⁰⁶ Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

¹⁰⁰⁷ Suomen Punainen Risti 10/1943, 224–225.

Sortavalan piirissä kiersi myös kesällä 1943 lääkintöhallituksen kustantamana neuvola, joka oli tarkoitettu pääsääntöisesti alle kouluikäisille lapsille. Pelastusarmeijan pakettiautolla kierrettiin kaikki syrjäisimmätkin kylät. Moottoriveneellä käytiin Laatokan saarissa ja näin tavoitettiin lähes kaikki alle kouluikäiset lapset. Lasten terveystilanne oli huomattavasti kohentunut: aliravitseminen oli vähentynyt. Maidonsaanti oli ollut pitkään vaikeaa, mutta kesällä 1943 alueen lehmäkanta oli parantunut ja maitoa oli runsaasti saatavilla. Ravitsemusvirheistä johtuvia häiriöitä sen sijaan oli jonkin verran; liiasta lehmänmaidon juottamisesta sai moni äiti moitteet. Suojärven Suvilahden kylässä oli neuvolakirjan mukaan ”useita liian lihavia lapsia!!”¹⁰⁰⁸

Suomen Punainen Risti-lehden vuoden 1943 viimeinen numero omistettiin Laatokan Karjalalle, jota esiteltiin malliesimerkkinä toimivasta kansanterveydestä ja muutenkin nopeasta kehittyvästä yhteiskunnasta sodan keskellä. Otsikolla *Neuvola pakettiautossa* kerrottiin, kuinka vastaanottoja oli pidetty monenlaisissa olosuhteissa, hyvällä säällä jopa pihanurmella, jolloin lapset sopivasti ovat saaneet auringonkylpyjä ja ”arimmatkin äidit” ovat uskaltaneet, joskus ”hienoisen suostuttelun jälkeen”, riisumaan vauvansa alastomiksi. Täisotaa käytiin ahkerasti: täikampojä ja xylolia jaettiin perheille ja ”ahkera autonkuljettaja” sai kädenkäänteessä muuttua parturiksi, jolloin ”pienet pöpöpäät ja rupipäät on äkkiä keritty puhtaisiksi”. Äideille jaettiin vitamiineja, kalkkia, rautaa, maitotiivistettä ja Ovomaltinea sekä jonkin verran vauvanvaatteita.¹⁰⁰⁹

Lastenneuvolan arkea – kalaöljyä, ulos!

Pienen aavistuksen lastenneuvolatyön käytännöistä antavat neuvolakortit Suojärven eteläisessä piirissä, jonka terveyssisarena toimi Mirjami Urtama. Vuonna 1943 neuvolassa oli kirjoilla 556 lasta, joista alle 1-vuotiaita oli 108 ja 1–7-vuotiaita 448. Samana vuonna oli piirissä syntynyt noin 100 lasta, joten ilmeisesti lastenneuvolan kattavuus oli varsin korkea. Pääneuvolassa oli säännölliset vastaanotot kaksi kertaa viikossa kahden tunnin ajan ja sivuneuvoloita pidettiin epäsäännöllisesti. Terveysisaren vastaanotoilla oli vuoden aikana käynyt 1360 lasta. Lääkärin neuvolavastaanotot olivat kerran kuukaudessa kahden tunnin ajan. Neuvolatarkastuksiin liittyen terveyssisar oli tehnyt myös yli 500 tuberkuliinikoetta, joista noin 20 prosenttia oli myönteisiä. Tuberkuloosin vuoksi sairaalahoitoon lähetettiin kolme lasta. 400 pikkulasta ja 800 koululaista oli rokotettu kurkkumätää ja isorokkoa vastaan 150 lasta.¹⁰¹⁰

¹⁰⁰⁸ Tri Hilka Vuori: Kiertävä lastenneuvola Laatokan-Karjalassa. 18.6.43 Kurkijoki–25.9.43 Hiitola. Hfi, SPA, MMA.

¹⁰⁰⁹ Neuvola pakettiautossa, *Suomen Punainen Risti* 10/1943, 242–243, 253. Lehti painotti vahvasti kansanterveyden edistämistä ja otti useissa numeroissa tietyn alueen teemakseen.

¹⁰¹⁰ Vuonna 1942 asukkaita oli 4100 ja syntyvyys 22,92 ‰ eli 94 lasta. Vuonna 1943 asukasluku oli 4800 ja syntyvyys 20,62 ‰ eli 99 lasta. Suojärven eteläisen piirin terveyssisaren vk 1942 ja 1943. Db:1, Terveysisaren arkisto, Suojärven kunta, MMA.

Taulukko 19. Suojärven lastenneuvolan luonnehdintoja vuonna 1941 syntyneistä lapsista vuosina 1942–1944. Lasten lukumäärä 106.

Luonnehdinta	Lukumäärä	Luonnehdinta	Lukumäärä
Kalpea	15	Likainen	4
Riisi	15	Ihoinfektio	4
Hengitystietulehdus	8	Suoliloisia	3
Väärät sääret	6	Heikko	2
Maitolapsi	6	Tuberkuloosi	2
Syyhy	5	Anemia	1
Syöpäläisiä	5	Hento	1
Lihava	4	Laiha	1

Lähde: Terveystieteiden arkisto. Suojärven kunta MMA.

Tarkastelun kohteeksi olen ottanut vuonna 1941 syntyneet 106 lasta. Neuvo-
latoiminta käynnistyi heinäkuussa 1942 ja viimeiset merkinnät ovat kesä-
kuulta 1944. Lapset ovat siis olleet noin 10 kuukauden–3,5 vuoden ikäisiä.
69 lapsen korteista löytyi terveystieteiden kirjoittamia terveydentilaan liittyviä
merkintöjä painon ja pituuden lisäksi. Suurin ongelma oli selvästi riisitauti,
jonka hoitoon ja ehkäisyyn panostettiin vahvasti. (taulukko 19) Korttien pe-
rusteella lapsista noin kolmasosalla oli joko riisitauti tai hän oli sairastanut
tautia aikaisemmin (”riisi” tai ”väärät sääret”, ”kalpea”). Kalpeus oli merkki
siitä, että lasta ei ollut käytetty ulkona ja että hänellä saattoi olla anemia tai
riisitauti. Rusketuksen uskottiin myös lisäävän lapsen vastustuskykyä hengi-
tystietulehduksille ja tuberkuloosille.

Taulukko 20. Suosituksia, lääke- ja vitamiinimääräyksiä 1942–1944, Suojärven lastenneuvola.
Lasten lukumäärä 106.

Suositus	Lukumäärä
Kalkki-D-vitamiinivalmiste	23
Kalaöljy	22
Ulkoilu	16
Pneumolysin (sulfa-antibiootti)	4
B-vitamiini	2
C-vitamiini	2
Hepaticum (maksauute)	2
Pentafer (rautavalmiste)	1

Lähde: Terveystieteiden arkisto. Suojärven kunta MMA.

Lääke- ja vitamiiniluettelosta kalaöljy sekä kalkki-D-vitamiinivalmisteet liit-
tyivät riisitaudin ehkäisyyn tai hoitoon. Lapsilla oli melko paljon syyhyä ja
syöpäläisiä, ja joidenkin kohdalla löytyi maininta likaisuudesta. Ihoinfektio

olivat yleensä seurausta huonosta hygieniasta, mutta myös yksipuolisesta ruuasta ja vitamiininpuutoksista. Lääkäreiden vuosikertomuksissa valitettiin yleisesti erilaisten ihoinfektioiden lisääntyneen sotavuosina. Sairaalaan tai lääkärin hoitoon ohjattiin kahdeksan lasta. Lihavuus saattoi olla merkki ravitsemusvirheestä, liiasta maidon juottamisesta, joka myös altisti riisitaudille. Huomiota herättää se, että hyvin vähän löytyi mainintoja varsinaisesta aliravitsemuksesta. Taulukkoon 20 on listattu suositeltuja hoitoja, ulkoilu mukaan lukien. Valtaosa lääkkeistä oli suunnattu joko riisitaudin hoitoon tai ehkäisyyn. *Pneumolysin*-sulfaa määrättiin pääosin kurkku- ja hengitystietulehduksiin. Neuvoloiden merkinnät olivat hyvin lyhyitä ja ytimekkäitä. Alla esitettyjen esimerkkien valossa lahjoituksena saatua kalaöljyä eli kalanmaksäöljyä jaettiin lähes kaikille lapsille riisitaudin ehkäisyyn. *D-Calsor*¹⁰¹¹, joka sisältää D-vitamiinia ja kalkkia, oli varattu riisitaudin hoitoon. Korteissa erityisiä kehuja saivat hyvin ruskettuneet lapset.

- Hento, Jecorin, kalsium. "1944 rakiittinen rintakehä, sairastui, kun vietiin ulos"
- Kampurajalka, kalpea. Ollut Hgissä Diakonissalaitoksella, rautakengät.
- Syyhy, D-calsor, ollut ulkona, kuit. sääret väärät. Kalkkitabl. ja kalanmaksäöljy
- Tyypillinen maitolapsi.
- Lutikat syöneet ihan ruville, kalaöljyä.
- Kalpea, vähän ulkona, kalaöljy.
- Ulos! Kalaöljyä! Sekaruokaa.
- Syyhy, sairaalaan, rachitis, D-calsor.
- Väärät sääret, D-calsor, kotona lapset likaisia.
- Riisin merkkejä, vähän ulkona, äiti ei uskalla. Kalkkia.
- Liian lihava, sai kalaöljy.
- Laiha, kehoit. kalaöljy.

Teksteistä ei voi päätellä, kuinka autoritaarisesti tai ”avoimen keskustelevasti” terveyssisar ohjeitaan jakoi. Valtaosa piirin terveyssisarista oli vastavalmistuneita nuoria naisia, joille komennus oli samalla ensimmäinen työpaikka. Univormumainen työasu ja mahdollisuudet jakaa aineellista apua lääkäreiden, vitamiinien ja ravintovalmisteiden muodossa olivat toki omiaan lisäämään arvovaltaa. Korteista ei myöskään selviä, kuinka hyvin ohjeita noudatettiin ja paraniko lasten vointi hoitojen ansiosta. Terveysarten keskeinen tavoite oli saada äidit viemään lapset ulos, huolehtimaan hygieniasta ja tarjoamaan monipuolista ravintoa. Lasten kalpeutta arvioitiin silmämääräisesti ilman verikokeita. Sota-ajan puutteellisten olosuhteiden vuoksi monia ohjeita oli vaikea noudattaa. Kalorinsaanti oli ilmeisesti turvattu, mutta ruoka oli yksipuolista. Puhtaudesta oli vaikeaa huolehtia asuntojen ahtauden ja saippuan puuttumisen vuoksi. Vaikka lapsia olisi ohjattu ulos, oli ulkoilu talvisin ongelmallista huutavan kenkäpulan vuoksi. Aivan ilmeisesti lasten psyykkisiin tai kasvatusongelmiin ei otettu kantaa, sillä niistä ei korteissa

¹⁰¹¹ Edelleen myynnissä lääketehdas Orionin valmistamana.

ollut mainintoja. Lastenneuvolassa keskityttiin aivan perusasioihin: ravintoon, ulkoiluun ja hygieniaan.¹⁰¹²

6.6 ”Kansanterveyden tietoniekat” kaikessa mukana

Piirilääkäri Helmi Jaakkimainen kuvasi vuosikertomuksessaan 1942, kuinka lääkärien vähälukuisuuden vuoksi terveyssisarten työnkuva oli laajentunut, koska he joutuivat toimimaan välittäjinä lääkärien ja potilaiden välillä.¹⁰¹³ Käytännössä terveyssisar teki sairaskäynnin ja välitti tiedon usein puhelimitse lääkärille, joka antoi hoito-ohjeet. Tämä menettelytapa korostui erityisesti vuoden 1943 kurkkumätäepidemian aikana, jolloin terveyssisar otti nielu-näytteitä ja antoi seerumipistoksia sairastuneille.¹⁰¹⁴

Terveyssisaret oli lähetetty ensimmäisten joukossa palautettuun Karjalaan ensisijaisesti huolehtimaan ennaltaehkäisevästä työstä: hygieniasta ja terveysneuvonnasta. Ensimmäisen vuoden aikana heille kuitenkin sysättiin mitä moninaisimpia tehtäviä, kuten lääkevarastojen ylläpitäminen ja paikoin tavattomasti työllistävä valtakunnallinen täisota, jota käytiin keväällä 1942 uhkaavan pilkkukuume-epidemian vuoksi ja jota jatkettiin vielä seuraavana-kin vuonna. Terveyssisaren alaisina toimivat ”täisotilaat” kiersivät kukin omassa piirissäänsä suorittaen tarkastuksia kodeissa, neuvoen ja valvoen puhdistuksia.¹⁰¹⁵ Harlun vastavalmistuneen terveyssisaren Irja Itälän mukaan vuonna 1942 työmuotoja olivat pienten lasten neuvonta ja huolto, koulu- ja tuberkuloosihoitajattaren tehtävä sekä sairaanhoito, joka silloisissa oloissa tahtoi viedä melkein ”kaiken ajan”. Sairaskäyntien yhteydessä oli kuitenkin mahdollista samalla tehdä neuvontatyötäkin.¹⁰¹⁶

Terveyssisaren edellytettiin yhteiskunnallisen huoltotyön asiantuntijana kuuluvan paikkakunnan huolto- ja kansalaisjärjestöihin.¹⁰¹⁷ Irja Itälä oli Mannerheim-liiton paikallisosaston johtokunnan jäsen ja sen terveydenhoitokomitean puheenjohtaja, Vapaan huollon toimihenkilö sekä Pelastakaa Lapset r.y.-ruokintakomitean jäsen.¹⁰¹⁸ Suojärven Varpakylän terveyssisar Pirkko Perälä oli puolestaan Mannerheim-liiton paikallisosaston sihteeri ja osallistui ”monipuoliseen avustustoimintaan”, josta huomattavin oli Koteja Kodittomille r.y.:n järjestämä lasten ja odottavien äitien ruokinta. Terveyssisar oli myös periaatteessa kunnan hoitokunnan jäsen, mutta Suojärvellä hän ei ollut osallistunut kokouksiin koska ”häntä ei ollut kutsuttu”.¹⁰¹⁹ Tärkeää valistustyötä ei työn paljouden vuoksi juuri ensimmäisenä vuonna ennätetty

¹⁰¹² Neuvolakortit, terveyssisaren arkisto, Suojärven kunta. MMA.

¹⁰¹³ Sortavalan pl vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

¹⁰¹⁴ Sortavalan pl vk 1943. Eba 15, LKHV, KA.

¹⁰¹⁵ Salmin ts vk 1942. Eh 2, SPA, MMA; Täisodasta kts. Laurent 2006.

¹⁰¹⁶ Harlun ts vk. 1942. Eh 2, SPA, MMA.

¹⁰¹⁷ Sortavalan piirin piirin joht. ts vk 1943. Ebk1, LKHV, KA.

¹⁰¹⁸ Harlun ts vk 1942. Eh 2, SPA, MMA.

¹⁰¹⁹ Suojärven ts vk 1942. Eh 2, SPA, MMA.

tehdä, mutta Impilahden terveyssisar Hillevi Roso oli kuitenkin ”pitänyt pieniä terveyspakinoita” kouluilla.¹⁰²⁰

Terveyssisaren toimenkuva läheni monessa mielessä sosiaalihoitajan työtä. Tämähän oli ollut alun perin esimerkiksi Saksassa ja Itävallassa *Fürsorge*-työn luonne. Toiminnan alkaessa palautetussa Karjalassa tärkeänä tehtävänä oli raportoida lasten ravitsemus- ja vaateustilanteesta. Helmikuussa 1942 vastattiin kyselyyn lasten ravitsemustilasta sekä maidon ja perunoiden saannista.¹⁰²¹ Syksyllä 1942 koulujen aloittaessa toimintansa selviteltiin koulu-keittolatilannetta. Piirissä oli pyrkimyksenä saada koulukeittola kaikkiin kouluihin, mutta tämä onnistui vasta lukuvuonna 1943–44 uuden koulukeittolatoimintaa koskevan lain tultua voimaan kesällä 1943.¹⁰²²

Kouluterveydenhuoltoa aloitettiin syksyllä 1942 myös tekemällä kotikäyntejä koululaisten koteihin. Terveystila oli tyydyttävä ottaen huomioon puutteelliset kotiolosuhteet. Vaatteita oli kohtalaisesti, mutta jalkinetilanne sitä vastoin oli hyvin puutteellinen. Syksyllä 1942 Geneven lastenavustuskomitealta oli tullut kysely avustustarpeesta, minkä vuoksi selviteltiin lasten jalkinetilannetta. Tulos oli murheellinen: kunnolliset kengät puuttuivat lähes kaikilta lapsilta.¹⁰²³

Elvi Haapalan vuoden 1943 vuosikertomuksessa selvitettiin tarkasti terveyssisaren työnkuva ja ajankäyttöä. Keskitettyä terveyssisar-toimintaa tehtiin ensimmäisen kerran systemaattisesti vasta Laatokan-Karjalassa kokonaisen piirin alueella.¹⁰²⁴ Tilastoja voitiin myöhemmin hyödyntää suunniteltaessa terveyssisar-toimintaa muualla Suomessa.

Taulukko 21. *Terveyssisarten eri työtehtävien osuudet vuonna 1943 Sortavalan piirissä.*

Työmuoto	Prosenttiosuus työajasta
Matkat	25
Neuvola ja muut virkatyöt	23
Kotikäynnit	21
Kansliatyö	12
Sairaanhoito	10
Koulutyö	8
Kurssit, esitelmät, kokoukset	1
Yhteensä	100

Lähde: Sortavalan piirin johtavan terveyssisaren vuosikertomus 1943, Ebk1, LKHV, KA.

Taulukon 21 mukaan pääasiassa polkupyörällä ja hiihtäen kuljetut matkat kotikäynnteineen veivät lähes puolet (46 prosenttia) työajasta. Neuvontatyön osuus oli hieman alle neljäsosa, mutta kotikäynneistä suuri osa oli samalla myös neuvontakäyntejä. Terveyssisaret yhdistivät mahdollisuuksiensa mukaan neuvontatyötä sairaskäynteihin, sillä syrjäkyliltä oli vaikeaa päästä kun-

¹⁰²⁰ Impilahden ts vk 1942. Eh 2, SPA, MMA.

¹⁰²¹ Sortavalan pl vk 1942. Db 1, SPA, MMA.

¹⁰²² Koulukeittoloita koskevat asiakirjat. EI, SPA, MMA; Sortavalan piirin piirin joht. ts vk 1943. Ebk1, LKHV, KA; Simonen 1965, 267–268.

¹⁰²³ Kansakouluja oli piirin alueella toiminnassa kaikkiaan 214 ja oppilaiden lukumäärä lähes 15 000. Jalkineiden tarve. EI:1, SPA, MMA; Sortavalan piirilääkärin vk (konsepti) 1942. Db1, SPA, MMA.

¹⁰²⁴ Sortavalan piirin piirin joht. ts vk 1943, Ebk1, LKHV, KA.

takeskuksen lastenneuvolaan. Taulukosta 22 selviää, että neuvontakäyntien osuus kotikäynneistä oli noin 75–80 prosenttia. Erityisesti alle yksivuotiaiden kohdalla perheet tarvitsivat apua sekä terveyden- että sairaanhoidossa.

Taulukko 22. Terveysisarten (23) kotikäynnit lasten luona vuonna 1943 Sortavalan piirissä.

Ikä	Neuvontakäynti	Sairaskäynti	Käynnit yhteensä	Neuvontakäyntien prosenttiosuus
0–1 kk.	921	191	1112	82,8
1–12 kk.	3912	1249	5161	75,8
1–7 v.	8146	1978	10124	80,5
Yhteensä	12979	3418	16397	79,2

Lähde: Sortavalan piirin johtavan terveysisarten vk 1943, Ebk1, LKHV, KA.

Neuvoloiden kirjoissa oli vuoden 1943 lopussa 6685 lasta, joista alle vuoden ikäisiä oli 946 ja 1–7-vuotiaita 5739. Piirissä toimi jo 21 lastenneuvolaa, jolloin suuremmissa kunnissa, kuten Suojärvellä ja Impilahdella, neuvoloita oli kaksi. Kaikkiin neuvoloihin oli jo saatu Mannerheim-liiton lahjoittamat kalusteet. Samana vuonna Laatokan Karjalassa syntyi 2783 lasta, joten kirjoilla oli noin kolmasosa.¹⁰²⁵ Luku on mielestäni yllättävän pieni ottaen huomioon neuvontatyön puolesta käydyn aktiivisen propagandan.

Kättilön vastuulla olevaa äitiysneuvontaa oli helppo suorittaa, sillä äidit saivat neuvolasta raskaustodistuksen, joka oikeutti lisäannoksiin ja äitiysavustuksiin. Vuonna 1943 piirilääkäri Jaakkimainen totesi kättilöiden käytön synnytyksissä lisääntyneen, ei vain siksi, että kättilöitä oli saatu lisää, vaan myös siksi, että väestö oli saatu neuvolatyössä valistetuksi niin paljon, että he itse hakeutuivat kättilön apuun alttiimmin ja ”puoskarien käyttö väheni”. Erikoisen hyvänä apuna äitiysneuvolatyössä oli lääkäri Aulis Apajalahden kirjoittama ohjekirjanen *Raskaudenajan terveydenhoidon pääaseikat*, jota jaettiin neuvoloissa.¹⁰²⁶

Neuvoloiden ylläpito siirrettiin lokakuussa 1943 Mannerheim-liiton paikallisosastoille. Neuvola- ja koulutyö oli lähes kokonaan terveysisarten vastuulla, sillä lääkäreiden säännölliset neuvolavastaanotot järjestyivät lopullisesti vasta vuoden 1943 loppupuoliskolla, kerran kuukaudessa pikkulapsille ja kerran kuukaudessa odottaville äideille. Lääkäreiden suorittamiin koulutarkastuksiin pyrittiin järjestämään syksystä 1943 alkaen yksi vastaanotto-päivä viikossa, jolloin lähes kaikki koululaiset saatiinkin tarkastettua ennen vuodenvaihdetta.¹⁰²⁷

¹⁰²⁵ Vastaavasti vuoden 1942 lopussa neuvoloiden kirjoissa oli 1723 lasta, joista 0–1 -vuotiaita oli 623 ja 1–7 -vuotiaita 1100. Lastenneuvoloissa jaettiin Suomen Huollon pikkulasten hoidon painettuja ohjelehtisiä. Vuonna 1943 jaettiin neuvoloiden kautta ilmaiseksi D-vitamiinipitoisia kalkkitabletteja 750 000 kpl, kalanmaksaöljyä 270 litraa ja vahvistettua kalanmaksaöljyä 230 pulloa. Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA; Sortavalan piirin piirin joht. ts vk 1943. Ebk1, LKHV, KA; Sortavalan pl vk1943. Eba 15, LKHV, KA.

¹⁰²⁶ Sortavalan pl vk 1943. Eba 15, LKHV, KA; Sortavalan piirin joht. ts vk 1942. Eba 14, LKHV, KA.

¹⁰²⁷ Sortavalan piirin joht. ts vk 1943. Ebk4, LKHV, KA

Nuoren terveyssisaren ilot ja surut

Arkistoon säilyneiden kirjeiden perusteella johtava terveyssisar Elvi Haapala piti hyvää huolta alaisistaan. Nuori terveyssisar Pirkko Perälä komennettiin kesällä 1942 Suojärvelle, josta käsin hän vuodatti esimiehelleen sydäntään toimintaraporttiansa yhteydessä. Kesään 1943 jatkunut kirjeenvaihto muuttui aina vain luottamuksellisemmaksi. Välit esimieheen olivat kunnossa, sillä vajaassa vuodessa Neiti Haapalasta tuli ”kultainen Elvi”, jolle Pirkko viimeisen kirjeen mukana lähetti tuohivirsut ja lupasi tuohilaukunkin myöhemmin.¹⁰²⁸

Henkinen tuki nuorelle terveyssisarelle oli tärkeää, sillä työolot olivat raskaat ja vastuu painoi. Syyskuussa 1942 Pirkko kiersi kunnassa kätilön ja lääkäri Kaarina Karin kanssa rokottamassa isorokkoa vastaan ja tekemässä neuvolatarkastuksia. Tuberkuliinitesti tehtiin kaikille. ”Työtä on nykyään kauhasti, klo 8–9 illalla aika menee tiukasti eikä vielä riitäkään [...] En minä valita, elämä on kyllä mukavaa yhtäkaikki, enkä ainakaan vielä ole väsynyt. Hauskaa on vaan, kun alkaa vähän työn jälkiä näkyä.”

Helmikuussa 1943 Suojärvelle terveystalon rakentamisessa oli ilmennyt ongelmia, sillä ainoastaan kätilön huoneistoon oli suunniteltu keittiö. Terveyssisarelle sen sijaan oli varattu pelkkä huone ilman keittomahdollisuutta. Pirkkoa harmitti, sillä hän koki ammatinsa puolesta olevansa korkeammassa asemassa.¹⁰²⁹ ”Minusta juttu on periaatteellinen kysymys, kai sentään terveyssisar on määräävämpi tekijä terveystalossa, joten määräävämpi puoli täytyy olla hänellä asuttavanakin.” Pirkko unelmoi kohta valmistuvasta terveystalosta, juoksevasta vedestä ja loimukoivuudesta kalustosta.

*Terveystalo on minusta aivan suurenmoinen, siitä tulee niin söpö ja siisti ja lämmin ja puhdas ja hyvä. Huomenna tulevat putkityömiehet ja ensi kuussa pääsemme muuttamaan. Terveyssisarelle sinne kuulemma tulee kaunis kalustokin, loimukoi-vua. Kyllä työnteko maistuu heti toisella tavalla kun saa kunnon asunnon, neuvolan ja oikein pääsee ruokahuushollin ym. kanssa omiin oloihinsa.*¹⁰³⁰

Pirkko suunnitteli toukokuussa 1943 tekevänsä ”innokasta propagandaa” neuvolatyön hyväksi, sillä lastenneuvolassa oli ilmeisesti käynyt vähän lapsia. ”Kaipa sitten vähitellen ihmiset tottuvat oma-aloitteisestikin tänne tulemaan lapsineen.” Pirkolla oli ollut kirjeiden perusteella aina välillä kärhämää kätilön ja kunnanlääkärin kanssa. ”Nyt olisi kaikki muuten niin hyvin työtä on, ja on mahdollisuus liikkua ja näistä ihmisistä, kansasta, täällä pidän ja he pitävät minusta... On se hyvä, että sinä olet suora ja käsität asiat niin kuin ne pu-

¹⁰²⁸ Pirkko Perälä Elsi Haapalalle 3.9.1942–5.6.1943. Ek, SPA, MMA

¹⁰²⁹ Kätilö oli 1940-luvulla yleensä terveyssisarta huonommin koulutettu ja näin ollen alempana sosiaalisessa asteikossa. Kaksivuotiseen kätilökoulutukseen pääsi kansakoulupohjalta.

¹⁰³⁰ Pirkko Perälä 14.3.1943. Ek, SPA, MMA

hutaan, etkä muuntele mitään ja kuvittele olemattomia. On niin hyvä, kun saan sinulle aina purkaa murheitani. Sinä ymmärrät.”¹⁰³¹

Kirjeistä saa valoisan kuvan nuoresta ja innokkaasta terveyssisaresta, joka joutui tekemään raskaissa olosuhteissa vaativaa työtä saaden siitä kuitenkin tyydytystä, sillä hän piti ”kansasta” ja ”kansa” hänestä. Eniten kuitenkin askarruttivat henkilökohtaiset asiat, huoli perheenjäsenistä ja rintamalla olevasta sulhasesta sekä suhteet työtovereihin, joiden kanssa tuli helposti kah-nausta ahtaissa ja puutteellisissa olosuhteissa.

6.7 ”Naislääkäreitä” vai ammattilaisia?

Piirilääkäri Helmi Jaakkimainen naispuolisine kunnanhuoltolääkäreineen muodosti poikkeuksen miesvaltaisessa ammattikunnassa. Talvisodan alkaessa naisten osuus lääkärikunnasta oli 14 prosenttia, mutta opiskelihoista jo noin kolmannes oli naispuolisia.¹⁰³² Naislääkärit eivät enää olleet sotien välisessä Suomessa harvinaisia; monet olivat erikoistuneet ja väitelleetkin. Valtaosa toimi vielä yksityislääkäreinä, sillä virkoihin naisia ei mielellään otettu.¹⁰³³ 1930-luvun loppupuolella he alkoivat kuitenkin hakeutua uusiin tuberkuloosihuoltopiirien huoltolääkärien virkoihin ja jonkin verran myös kunnanlääkäreiksi. Talvisodan syttyessä heidät nähtiin reservinä, joiden avulla voitiin paikata siviiliväestön terveydenhoitoa kunnissa miespuolisten kunnanlääkäreiden jouduttua puolustusvoimien palvelukseen. Sotavuosina naislääkäreiden sijoittumisessa ja työtehtävissä tapahtui suuri muutos, joka jäi rauhan tultua pysyväksi: naislääkärit hakeutuivat enenevässä määrin myös julkisiin tehtäviin.¹⁰³⁴

Lääkäreiden sodanaikaiset komennukset olivat omiaan vahvistamaan lääkäreiden sukupuolittunutta työnjakoa: nuoret mieslääkärit perehtyivät rintamalla kirurgiaan ja traumatologiaan, kun naislääkärit huolehtivat siviiliväestön ongelmista. Yhteiskunnallista huoltoa painottavia erikoisaloja, kuten lastentauteja, keuhkosairauksia, psykiatriaa ja lastenpsykiatriaa pidettiin naisille muutenkin soveliaina. Toisaalta ne olivat uusia erikoisaloja, joiden kautta naislääkärijoukon oli helpompaa raivata tilaa itselleen.¹⁰³⁵ Varsinainen sosiaalilääketieteen koulutus alkoi vasta toisen maailmansodan jälkeen, jolloin ehkäisevään työhön alettiin panostaa laajemmin. 1940-luvulla *Suomen Lääkärilehdessä* käytiin keskusteluja ”sosiaalilääkärien” lyhemmästä, erityisesti naisille suunnatusta koulutuksesta, jonka käyneet sijoitettaisiin juuri

¹⁰³¹ Pirkko Perälä 5.6.1943. Ek, SPA, MMA.

¹⁰³² Aalto 2016, 118.

¹⁰³³ Vuonna 1914 oli päädytty muotoiluun: ”Naislääkärit saattavat, samaten kuin mieslääkäritkin, hakea kaikkia avoinna olevia valtion lääkärinvirkoja, mutta virkaehdotusta laadittaessa ja virkaan nimitettäessä on kussakin tapauksessa harkittava, onko sopivaa, että avoinna olevaan virkaan nimetään naislääkäri.” Hakosalo 2008, 18–19.

¹⁰³⁴ Riska & Wegar 1995.

¹⁰³⁵ Vuoden 1940 lääkimatrikelissa (174 naislääkäriä) naislääkäreiden yleisimmät erikoistumissuuntaukset: keuhkosairaudet 14, lastentaudit 14, sisätaudit 8, psykiatria 8 ja naistentaudit ja synnytysoppi 8. *Suomen lääkärit* 1940.

terveydenhoidon tehtäviin, tuberkuloosihuoltotoimistoihin ja neuvontatyöhön. Ajatus ammuttiin kuitenkin alas, sillä lääkärimäärä Suomessa oli niin pieni, ettei olisi järkevää kouluttaa vain tiettyihin töihin päteviä lääkäreitä.¹⁰³⁶

Heini Hakosalo on kutsunut naislääkärien uranvalintoja ”takapäivystäjästrategiaksi”: naislääkärit lunastivat paikkansa terveydenhuollon kentällä muodostamalla lääkärireservin, joka täytti vähemmän halutut toimet ja auttoi vastaamaan kasvaneeseen lääkäritarpeeseen kriisien aikana.¹⁰³⁷ Yhdysvalloissa tunnetaan käsite *maternalist medicine*, jolla viitataan progressiivisella kaudella naislääkäreiden keskittymiseen ”naisille sopiville aloille”, joiden puitteissa he saattoivat hyödyntää sukupuolensa tuomia etuja ja näin samalla edistää naisten ja lasten asiaa.¹⁰³⁸

Lääkärit tulivat Karjalaan lääkintöhallituksen komennuksella, kauas kotipaikkakunniltaan. Vanhempaa polvea edustivat kolme 1800-luvun puolella syntynyttä lääkärinä. LKT, sisätautilääkäri Anni Seppäsellä oli ollut yksityisvastaanotto Helsingissä, Aino Ahde taas oli toiminut lähetyislääkärinä Kiinassa 12 vuotta. Kaarina Kari, alkujaan voimistelunopettaja ja tunnettu useista terveystiedon oppikirjoistaan, toimi Helsingin Tyttönormaalilyseon terveys- ja voimisteluopin lehtorina ja koululääkärinä.¹⁰³⁹ Hänet lähetettiin jo ensimmäisten siviilien mukana elo-syyskuussa 1941 Suojärvelle komennuksen jatkuessa aina lokakuulle 1942. Valtaosa kunnanhuoltolääkäreistä oli kuitenkin nuoria naisia, joko opiskelijoita tai äskettäin valmistuneita. Voidaanko sanoa, että Sortavalan naislääkärit edustivat maternalistista lääketiedettä? Ainakin voidaan sanoa, että nuoret työtoverit tukeutuivat piirin johtajaan Helmi Jaakkimaiseen kuin äitiinsä vaikealla ja raskaalla komennuksellaan.

Lääkärit ovat jättäneet kirjallisia jälkiä kirjeinä, vuosikertomuksina ja muistelmoina. Monimuotoinen lähdeaineisto piirtää vivahdeikkaan kuvan sotakomennuksella olevista naislääkäreistä, joilla oli kovin vaihteleva tausta. Eniten kirjeenvaihtoa, raportteja ja vuosikertomuksia löytyy luonnollisesti Helmi Jaakkimaiselta, jonka vastuulla toiminta oli. Huomiota kiinnittää tavaton huolellisuus ja kokonaisvaltainen ote kaikessa kirjallisessa tuotannossa. Viranomaistekstit on kirjoitettu asiatyylillä ilman paatosta. Sortavalan piirilääkärin toimistossa vallitsi selkeä työnjako raporttien laadinnassa. Piirilääkäri kirjoitti ”lääketieteelliset” ja johtava terveyssisar Haapala taas ”terveydenhoidolliset” osuudet. Täten lääkäriteksti kosketti sairaalajärjestelyjä, lääkäreiden työnjakoa piirissä sekä sairastettuja tartunta- ja muita tauteja. Sen sijaan Jaakkimaisen puheissa ja lehtiartikkeleissa tulee esiin voimakas sitoutuminen kansanterveysaatteeseen ja Karjalan jälleenrakentamiseen. Väestöpoliittisia tai rotuhygieenisiiä painotuksia niistä ei löydy.

¹⁰³⁶ Wilska 1944.

¹⁰³⁷ Hakosalo 2008, 21.

¹⁰³⁸ Maternalistisen lääketieteen keskittymänä toimi *Children's Bureau*, jonka johtaja oli lastenlääkäri Martha M. Eliot. More, 1999, 149–152.

¹⁰³⁹ Anni Seppäsen ja Kaarina Karin komennukset loppuivat jo vuonna 1942. *Suomen lääkärit* 1946; Laine 2000 KB.

Kunnanhuoltolääkäreiden tehtäviä, kokemuksia ja mielipiteitäkin palautetussa Karjalassa voi tarkastella vuosikertomuksista, joita on saatavana jo kaikilta kymmeneltä kunnanhuoltolääkäriltä vuodelta 1943.¹⁰⁴⁰ Lääkärit pitivät pääosin sairastuvastanottoja, ja heidän vastuullaan olivat myös Suomen Huollon sairaalat. Sairaskäynnit potilaiden luo olivat supistuneet vähiin sekä lääkäripulan että vaikeiden kulkuyhteyksien takia. Lääkäreiden työmäärää lisäsi myös sodan mukanaan tuoma byrokratia, sillä todistuksia tarvittiin muun muassa köyhäinapua, invaliditeettia ja kouluja varten. Tulevat äidit saivat raskaudestaan todistuksen, joka oikeutti äitiysavustukseen ja raskauden aikaisiin elintarvikeannoksiin.¹⁰⁴¹

Vuosikertomuksissa kuvattiin jälleenrakentamista, terveydenhuollon nopeaa kehittymistä ja painotettiin erityisesti neuvola- ja koululääkäritoimintaa sekä epidemioiden hoitoa ja ehkäisyä. Useissa vuoden 1943 kertomuksissa on mainintoja kuntalaisten innokkuudesta terveydenhoidollisiin uudistuksiin. Verrattuna Kanta-Suomen vuosikertomuksiin ero on huomattava: merkintöjä neuvolatyöstä on kaikissa kertomuksissa. Selitys löytyy mahdollisesti sukupolvieroista. Paikalle jääneet kunnanlääkärit Kanta-Suomessa olivat usein asevelvollisuusiän ylittäneitä vanhempia miehiä. He eivät olleet tottuneet raportoimaan kansanterveystyöstä, joka aikaisemmin oli ollut enimmäkseen kansalaisjärjestöjen ylläpitämää. Laatokan-Karjalan lääkäreistä monet olivat nuoria, tulevaisuuteen katsovia naisia, joiden näkökulma kansanterveyteen oli vanhempia miespuolisia kollegoja laajempi.¹⁰⁴²

Neuvontatyötä pidettiin tärkeänä, sillä ”sodan jäljet, puutteelliset olosuhteet ja siirtolaisajan ikävyydet ovat saattaneet unhoon monta terveydenhoidossa ensiarvoista asiaa”.¹⁰⁴³ Palautetun alueen väestö oli joutunut pakosta evakuointi- ja paluumatkoillaan asioimaan viranomaisen ja erilaisten huolto-organisaatioiden kanssa, jotka olivat auttaneet pahimman yli. Huollosta olivat vastanneet pääsääntöisesti oman paikkakunnan tutut viranomaiset ja vapaaehtoisjärjestöjen edustajat, mikä auttoi rakentamaan luottamusta osapuolien välille. Uudet toimenpiteet, kuten lääkärintarkastukset ja rokotukset olivat jo tuttuja. Vaikka tietty luottamus ja tuttuus vallitsivatkin, jouduttiin välillä tilanteisiin, joissa huoltotoimi muuttui virkavaltaiseksi. Neuvontatyö oli eräänlaista ”keppi- ja porkkana”-toimintaa, sillä välillä otettiin kovatkin otteet käyttöön, ellei lääkärin ohjeita noudatettu. Vain lääkäriellä oli oikeus hakea esivalta paikalle.

¹⁰⁴⁰ Gunvor Vuoristo, Evelyn Haartman, Kerttu Leppänen, Aino Ahde, Anja Huhtinen, Hilka Vuori, Gunvor Starck-Sievers sekä kaksi miestä: Lauri Näppä ja A. Lyytinen. Saapuneet kunnanlääkärikertomukset 1943. Ebb 23, LKHV, KA. Vuonna 1942 kunnanhuoltolääkärit eivät jostain syystä kirjoittaneet vuosikertomuksia, sen sijaan kuntien terveysisäret tekivät sitäkin seikkaperäisemmät selvitykset kuntiensa terveyden- ja sairaanhoidosta. Eh 1-2, SPA, MMA.

¹⁰⁴¹ Lääkärin vastaanottokirja He, SPA, MMA.

¹⁰⁴² Sama oli huomattavissa myös talvisodan aikana komennuksella olleiden naispuolisten lääketieteen kandidaattien kertomuksissa. Terveys- ja huolto- ja lääkintähuolto talvisodassa (lääketieteen kandidaattien selostuksia). T20942, kansio F31, KA; Laurent 2005.

¹⁰⁴³ Leppänen, Impilahden kl vk 1943. Ebb: 23, LKHV, KA.

*Neuvolassa kävijöiden luku on jatkuvasti lisääntynyt. Syytä olisikin, sillä varsinkin pienten lasten hoito on niin alkeellisella kannalla, että lääkärin on pari kertaa ollut pakko turvautua esivallan apuun saadakseen pienokaiset asianmukaiseen hoitoon. [...] Kouhulapsissa on paljon ollut täitä ja missä kehoituksesta huolimatta lasten päitä ei ole siistitty, on lääkärintarkastuksen yhteydessä lupaa kysymättä ajettu hiukset monelta oppilailta.*¹⁰⁴⁴

Useat Laatokan Karjalassa komennuksella olleet naislääkärit erikoistuivat myöhemmin naisvaltaisille aloille kuten lastentauteihin¹⁰⁴⁵ ja lastenpsykiatriaan¹⁰⁴⁶. Vanhemman polven lääkäreiden kohdalla ehkäisevä terveydenhuolto ei tuntunut nousevan kovin korkealle prioriteeteissa. Vilkasta kirjeenvaihtoa ystävänsä Helmi Jaakkimaisen kanssa käyvä Kaarina Kari viihtyi komennuksellaan, jossa hoitoa annettiin pääosin ilmaiseksi. Komennus ei ollut pelkkää työtä, sillä välillä myös huviteltiin. Suomen naisvoimistelun uranuurtajana tunnettu Kari rupesi järjestämään liikuntaohjelmaa väestölle.

*Ja lopuksi vielä ilmoitan, että leikitytän täällä nuorisoa ja lapsia. Nuorisoon kuuluu keski-ikäisiä sotilaitakin, jotka ovat hyvin tyytyväisiä kun saavat jotain vaihtelua. Hauskaa meillä on! Olisipa vain suurempi huone! Tuntuu hyvältä, kun voi noille sotilaille tarjota tällaista virkistystä. 2 kertaa viikossa leikimme, miehet hiki-päässä.*¹⁰⁴⁷

Toisenlainen kansanterveystyö ei kuitenkaan ollut Karille luontevaa. Kesällä 1942 hänelle piti erikseen huomauttaa lastenneuvolan lääkärintarkastuksista.¹⁰⁴⁸ Vuoden 1942 käyty täisota ei myöskään kuulunut Karin prioriteetteihin. Suojärvelle lähetetty täisauna seisoi pihalla käyttämättömänä ”monet kuukaudet tulohetkestä lähtöhetkeen saakka”.¹⁰⁴⁹

Helmi Jaakkimaisen kollega ja hyvä ystävä Anni Seppänen määrättiin toukokuussa 1942 Laatokan Karjalaan kunnanhuoltolääkäriksi. Noin vuoden kestävä komennuksensa aikana hän kirjasi kokemuksiaan ja ajatuksiaan päiväkirjaansa. Seppänen oli toiminut sisätautilääkärinä jo lähes kaksikymmentä vuotta, mikä heijastuu hänen teksteissään. Hän kuvasi tarkimmin erilaisia sisätauteja potevia potilaita ja heidän elämänkohtaloitaan. Samalla hän myös valitti Karjalan hävitettyä maisemaa: ”surullisen paljon hävitettyä, hoi-tamatonta peltoa, raunioita, töröttäviä savupiippuja”.

Seppänen aloitti työt Sortavalassa, jonka antoi ensi vaikutelman ”elävästä, heräävästä kaupungista”.¹⁰⁵⁰ Lääkäreiden työtehtävät oli ”suunniteltu, järjes-

¹⁰⁴⁴ Alleviivaukset, akuperäistekstissä. Impilahden kl vk 1943. Ebb: 23, LKHV, KA.

¹⁰⁴⁵ Hilikka Vuori, Evelyn Haartman. Hilikka Vuori oli erikoistumassa lastentauteihin, kun hänet komennettiin Sortavalan piiriin pääasiallisena tehtävänä hoitaa Harlun lastensairaala ja toimia kiertävän lastenneuvolan lääkärinä. *Suomen lääkärit* 1952.

¹⁰⁴⁶ Marjatta Selväne, Gunvor Vuoristo (o.s. Hjelt). *Suomen lääkärit* 1952.

¹⁰⁴⁷ Kaarina Kari Jaakkimaiselle 31.1.1942. Ec1, SPA, MMA.

¹⁰⁴⁸ Haapala 27.–28.7.1942. Eh, SPA, MMA.

¹⁰⁴⁹ Luutnantti Mäkelän tarkastuskertomus 19.12.1942, kansio 16, T15806, KA.

¹⁰⁵⁰ Sortavalan muuttikin takaisin yli 90 % kaupungin entisistä asukkaista. Lisäksi sinne oli kerääntynyt sekä siviili- että puolustusvoimien henkilöstöä hoitamaan alueen hallintoa. Virolainen 1989, 228; Simonen 1965, 287.

tetty ja innostuksella hoidettu”. Vastaanotot olivat suuria, työtä ei puuttunut. ”Kaikki ihmiset koko maakunnassa olivat äärettömästi kiireissään, kevät oli tulossa, työtä oli tavattomasti tehtävä ja työvoimaa oli vähän.” Alikuntoisuutta oli etenkin vanhoilla ihmisillä, jotka silminnähtävästi olivat rasittuneet. Lukuun ottamatta vaikeaa kevätkesää oli terveydentila karjalaisten keskuudessa yleensä ”yllättävän hyvä” etenkin lasten ja nuorten parissa. Äidit muistelivat, kuinka he evakkomatkallaan olivat ”saaneet vain lapsiansa hoidella kun nyt olivat monet muut työt ahdistamassa”. Toiset kutsuivat Suomessa käyntiänsä ”opintomatkaksi”, toiset kutsuivat sitä ”karkumatkaksi”.

Elokuussa Seppänen siirtyi Laatokan pohjoispuolelle Impilahdelle, missä työn mielekkyyttä lisäsi Suomen Huollon sairaala. Impilahti oli Seppäsen käsityksen mukaan ”tunnettu valistuneeksi ja aikaansa seuraavaksi. Kunnan asioita hoidetaan vireästi”. Päiväkirja huokuu apeutta, alakuloisuutta ja epävarmuutta ja samalla ymmärtämystä vaikeissa olosuhteissa eläviä ihmisiä kohtaan, joita Seppänen parhaansa mukaan pyrki auttamaan. Mitään yltiöisänmaallisuutta tai militarismia ei ole havaittavissa. Kansan ”sivistysasteesta” ei juuri löydy mainintoja. Uudenvuodenaattona Seppänen mietti menneitä vuotta ja oli onnellinen siitä, että vuosi avasi hänelle Karjalan ja ”sitien uuden rikkaan maailman”. Hän toivoi haikeasti, että uusi vuosi toisi Suomelle varmemman tulevaisuuden ja hänelle itselleen ja muille voimaa ”parempaan, hedelmällisempään elämään”. Päiväkirja päättyy huhtikuussa 1943, jolloin komennus loppui.¹⁰⁵¹ Anni Seppänen ei Kaarina Karin tavoin mainitse päiväkirjassaan neuvolatoiminnasta ja Karjalan ”kasvavasta polvesta” sanaakaan, vaikka kaikkien lääkärien tehtäviin kuului sekä lasten- että äitiysneuvolavastaaotto.

Aino Särkän lyhyt muistelu kokoelmakirjassa *Lääkärinä sodassa* toimii eräänlaisena epilogina. Vilppulan kunnanlääkärin virassa vuodesta 1938 lähtien työskennellyt Aino Särkkä sai jatkosodan loppuvaiheessa maaliskuussa 1944 määräyksen toimia toistaiseksi Suojärven kunnan huoltolääkärinä Sortavalan piirissä. Työhön hänet perehdytti Helmi Jaakkimainen, joka oli ”täynnä innostusta”. Suojärvi ja varsinkin radan varrella sijaitseva Suvilahden keskus teki masentavan vaikutuksen: töröttäviä savupiippuja, surkeita pikku tönöjä. Kuitenkin kiivas jälleenrakennus oli käynnissä: hirsinen asemarakennus oli juuri valmistumassa ja kivinen keskuskansakoulu oli uusi. Työtehtäviin kuului käydä kahdesti viikossa 30 km:n päässä Varpakylässä sijaitsevassa Suomen Huollon 25-paikkaisessa, entisessä kunnallissairaalas- sa. Samalla pidettiin myös uudessa terveystalossa neuvolavastaaotto. Aino Särkkä joutui toukokuussa valmistelemaan evakuointia, joka suoritettiin lopullisesti juhannuksen aikoihin suuntana Seinäjoki. Tästäkin tekstistä puuttuu isänmaallinen paatos; vain haikeus ja alakuloisuus Karjalan menettämisestä on aistittavissa.¹⁰⁵²

¹⁰⁵¹ Anni Seppäsen arkistoon on talletettu 20 sivun pituinen päiväkirja Sortavalan ajoilta Anni Seppäsen yksityisarkisto, KA.

¹⁰⁵² Särkkä 1989, 110–119.

Kunnanhuoltolääkärit keskittyivät pääasiallisesti sairaanhoitoon, varsinaiseen lääkärintyöhön. Lääkäreiden työmäärä oli valtava, joten terveydenhoitotyön siirtäminen lähes kokonaisuudessaan terveyssisarille oli luonteva vaihtoehto. On myös havaittavissa, että nuoremmat lääkärit kirjoittivat enemmän ehkäisevästä terveydenhoitotyöstä kuin jo pitempään työelämässä olleet. Tietty etäisyys ”kansaan” oli havaittavissa. Vaikka lääkärit olivatkin naisia, he olivat ensisijaisesti lääkäreitä.

”Loistavana poikkeuksena” oli Helmi Jaakkimainen, jota lähes jokainen hänet tavannut kommentoi positiivisesti. Hän oli tavattoman innostunut kansanterveystyöstä, motivoitunut ja ahkera. Vaikutelmaksi jää, että Jaakkimainen oli poikkeuksellinen hahmo, joka omalla valovoimaisella tavallaan innosti alaisiaan ponnistelemaan kansanterveyden edistämiseksi vaikeissa olosuhteissa. Sortavalan naislääkärit pitivät tiiviisti yhtä: Helmi Jaakkimainen toimi kaikkia yhdistävänä ”äitinä”. Piirilääkärin toimistoa kutsuttiin ”Riutaksi”, jossa pidettiin monenlaisia kutsuja ja juhlia keventämässä raskasta ja harmaata työntäyttämää arkea. Anni Seppäsen päiväkirjasta löytyy hauska selostus joulukuisista ”annanpäivistä”, joita vietettiin kaksipäiväisesti Riutassa usean lääkärin voimin.

Toissailtana menin Sortavalaan kovassa lumimyrskyssä Jurvasen autolla. Etenkin Kirjavalahden tie oli niin sakeana, että vain muutaman metrin näki eteensä. Pikku auto ajoi kuitenkin varsin onnistuneesti Riuttaan saakka. Siellä illalla ’täi’sauna ja rattoisaa yhdessäoloa. Sunnuntaina olivat läsnä myös Aino Ahde Lahdenpohjasta ja Gunvor Hjelt Suojärveltä. Aamulla Marjatta Selvänne – toinen Anna – ja allekirj. herätettiin laululla ”Ei missään niin laulumme laululle soi kuin kauniin Karjalan mailla”. Kahvipöydässä oli lahjani ”Laatokan mainingit” – uusi kuvateos ja muutakin hyvää. Siinä sitten vietettiin päivä, keskusteltiin, syötiin ja juotiin hyvää.”¹⁰⁵³

Tärkeitä olivat myös monenlaiset neuvottelupäivät, joita pidettiin yhdessä sotavoimien kanssa. Marraskuussa 1942 Sortavalassa oli Punaisen Ristin päivät varuskunnan tiloissa. Paikalla oli Ylppö ja Savonen puhumassa, sitten kuunneltiin varuskunnan komentosoihtokuntaa, ”jonka ohjelmistossa varsinkin Vänrikki Stoolin tarinat verraton”. Illalla oli taas menty Riuttaan, jossa odotti komea pitopöytä.¹⁰⁵⁴ Suojärvelle keväällä 1944 komennetulle Aino Särkälle hyväksi muistoksi Sortavalan ajasta jäivät ”kiitettävä muonitus” ja ”loistava Helmi Jaakkimainen”, joka kesken evakuointivalmistelujen järjesti isot 22 hengen juhlat 10.6.1944 Sortavalassa lausuen: ”Tänä iltana unohtamme raskaat asiat ja iloitsemme virkaveljien ja -sisarten parissa.”¹⁰⁵⁵

Siviiliväestön parissa suoritettavassa kansanterveystyössä yhteisöllisyys ja solidaarisuus olivat niitä voimia, joiden avulla ylityöllistetty sairaanhoitohenkilökunta jaksoi vaikeissa poikkeusolosuhteissa, ei niinkään isänmaallisuus ja puolustushenki.

¹⁰⁵³ Anni Seppäsen yksityisarkisto, KA.

¹⁰⁵⁴ Anni Seppäsen yksityisarkisto, KA.

¹⁰⁵⁵ Samana päivä alkoi Karjalan läpimurto. Särkkä 1989, 118.

6.8 Epilogi – lähtö Karjalasta kesällä 1944

Sortavalan piirin loppunäytös on kirjattu Viipurin läänin maaherran vuoden 1944 kertomukseen.¹⁰⁵⁶ Pitkän ja rauhallisen asemasodan jälkeen alkoi keväällä 1944 käydä selville, että sodan loppunäytös lähestyi. Maaliskuusta lähtien Sortavalan piirissä keskityttiin evakuointivalmiuden tehostamiseen.¹⁰⁵⁷ Mannerheim-liiton perustamilla lasten- ja kodinhoitokursseilla alettiin joka kunnassa kouluttaa väkeä ensiaputoimintaa varten painottamalla erikoisesti niiden tietojen kartuttamista, joita vaadittaisiin evakuointijunien ”vaununhoitajilta”. Kurssien osanottajien nimet ja osoitteet kirjattiin ylös ja heihin otettiin myöhemmin yhteyttä evakuoinnin alettua kesäkuussa. Piirin 120 000 asukasta oli saatava järjestyneesti siirrettyä Kanta-Suomen puolelle: lasten ja vanhusten kuljetus suunniteltiin tehtäväksi rautateitse.

Evakuointiin valmistautumisen ohella terveydenhuolto jatkui kuitenkin tavanomaiseen tapaan. Terveystietoisuus jatkoi tuloksellisesti kurkkumätärökoituksia: uusien tapausten määrä oli helmikuussa tippunut jo kahteenkymmeneen aktiivisen rokottamisen seurauksena. Joukkorokotukset olivat sujuneet palautetussa Karjalassa ilman minkäänlaisia häiriöitä. Kun kesällä 1944 ilmeni, että Kurkijoen, Uukuniemen ja Saaren asukkaat olivat siirtymässä alueelle, jossa vallitsi lavantauti, lääkintöhallituksen määräämä lavantautirokotus onnistui ilman vaikeuksia: 12 000 henkilöä rokotettiin kolmasti alle kahdessa viikossa. Lyhyessä ajassa suoritettujen rokotusten suuri määrä osoitti, että ”tavallisen siviiliväestön” keskuudessa rokotukset voitiin suorittaa ”nopeasti ja 100-prosenttisesti”. Siirtoväki, joka oli jo usean vuoden aikana totutellut kurinalaisiin ”toimenpiteisiin”, muodosti ehkä ryhmänä poikkeuksen.¹⁰⁵⁸

Huolellisesti valmistellut evakuointitoimenpiteet alkoivat 21.6. Salmista ja Suojärveltä lääkintämajuri A. J. Huuskosen johtaessa lääkintäpalvelua. Sairaaloille ja laitoksille järjestettiin erikoisevakuointi, joka saatettiin loppuun heinäkuun alkuun mennessä. Sairasjuna ”Mikko” lähetettiin siirtämään turvaan Suojärven sairaita, lapsia ja ”muuta heikkokuntoista väkeä”. Lääkintöhallitus lähetti 24 sairaanhoito-oppilasta 26.6. ja myöhemmin syyskuun alussa vielä yhden terveystietoisaren ja seitsemän sairaanhoito-oppilasta avustamaan evakuoinnissa.

Piirilääkärin toimisto järjesti myös lasten siirron Ruotsiin, jonne vuosina 1941–1944 oli lähetetty ”vain nimeksi”, 165 lasta. Yhteensä 1000 lasta lähti Vaasan Punkasaareen olevan vastaanottokodin kautta Ruotsiin. Siirrot aloi-

¹⁰⁵⁶ Sortavalan piirilääkärikertomuksen päiväys 14.5.1945. Viipurin, piirilääkäri Vuonamolla ei ollut esittää mitään tarkkoja tilastoja toiminnasta, sillä piirilääkäripiirin arkisto jäi Viipurin. Sen sijaan Sortavala evakuoitiin suunnitellusti usean kuukauden aikana, joten asiaperit ja tilastot olivat Jaakkimaisella käytettävissä. Viipurin läänin maaherran vk vuodelta 1944, 31.12.1945. 49/381, SM, KA.

¹⁰⁵⁷ Helsingin helmikuun pommitusten jälkeen pidettiin ensin Sortavalassa 6.3.1944 suunnittelukokous evakuoinnin lääkintähuollosta. Lääkintöhallituksessa pidettiin 15.3.1944 mahdollisen tulevaisuudessa tapahtuvan evakuoinnin lääkintähuollosta neuvottelukokous, jossa Helmi Jaakkimaisen esittämä suunnitelma hyväksyttiin. Pk 15.3.1944 Lääkintöhallituksessa pidetystä neuvottelukokouksesta. He 9 pöytäkirjoja 1944 evakuoinneista, LKHV, KA.

¹⁰⁵⁸ Viipurin läänin maaherran vk vuodelta 1944, 31.12.1945. 49/381, SM, KA.

tettiin 13.7.1944, jolloin lähetettiin 131 lasta Värtsilän asemalta Suojärven terveyssisar Mirjam Urtaman toimiessa matkanjohtajana. Lapset koottiin Sortavalaan, jossa heille tehtiin lääkärintarkastus. Viimeiset lapset lähtivät vasta 5.9. viiden saattajan avustamana. Ainoastaan yhdeksän sairasta lasta lähetettiin Ruotsiin.

Sortavalan piirilääkärin toimisto suljettiin lopullisesti vasta aselevon solmimisen jälkeen 21.9. Sen varasto lähetettiin Hämeenlinnan lääninlääkärin toimistoon, jonne myös Helmi Jaakkimainen siirtyi Hämeen läänin vt. piirilääkäriksi vuoden ajaksi. Kertomuksensa lopuksi Jaakkimainen vielä kommentoi Laatokan Karjalan terveydenhuoltoa, joka oli alusta alkaen ”valtion kustantamaa, uusien terveydenhoidollisten lakien mukaista työtä”. Ulkonaiset vaikeudet eivät työtä haitanneet, sillä mitään ”sisäisiä esteitä” ei työlle ollut. ”Karjalan väki” oli Jaakkimaisen mukaan ”täydellisesti mukana ehkäisevässä terveydenhoitotyössä” hakeutuen neuvoloihin ja ottaen osaa toimeenpantuihin suojarokotuksiin, ”avaten kotinsa kiitollisina vastaanottamaan terveydenhoitotyöntekijän kotikäyntejä”. Jaakkimainen toivoi, että karjalaisten alttius ja ymmärtämys terveydenhoitotyöhön jatkuisi edelleen uusilla sijoitusalueilla ja tartuttaisi ympäristönsäkin.¹⁰⁵⁹

Suojärveläiset siirtyivät alkuun Viitasaarelle, jonne mukaan lähti lääkin-töhallituksen komennuksella terveyssisar Ulla Koivu. Hän yritti järjestää lastenneuvolatoimintaa sivukylillä syksyllä 1944 siinä kuitenkin onnistumatta.¹⁰⁶⁰ Myöhemmin hän kiinnitti matkoillaan Viitasaaren Mannerheim-Liiton paikallisosaston pyynnöstä huomiota myös paikkakuntalaisiin lapsiin, joiden terveys oli selvästi huonompi kuin siirtoväellä. Tuberkuloottisia lapsia oli runsaasti. Joka puolella pitäjää olisi kaivattu ”perinpohjaista valistustyötä” lasten neuvonnassa.¹⁰⁶¹

Laatokan-Karjala oli ollut kansanterveystyölle otollinen alue, sillä siellä imeväiskuoletisuus oli ollut keskimääräistä korkeampi muuhun maahan nähden. Toisaalta väestö oli tottunut jo 1920-luvulta saakka rajaseututyötä tehneisiin terveyssisariin, jotka ilmeisesti jo ennen sotaa olivat pystyneet saavuttamaan alueen asukkaiden luottamuksen. Karjalan väestö oli evakko-
taipaleellaan joutunut monenlaisten huoltotoimenpiteiden kohteeksi: oli pystytetty siirtoväen synnytystupia, sairaaloita ja äitiys- ja lastenneuvoloita, joista sai myös materiaalista apua. Huolto- ja neuvontatyö siirtoväen parissa oli ollut pääosin suostuttelevaa ja siihen oli liittynyt myös aineellista etua ravinto- ja vitamiinilisien muodossa. Toiminta oli totuttanut väestön asioimaan terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa, joiden jakamista neuvoista, lääkkeistä ja rokotteista saattoi olla konkreettista ja pikaistakin hyötyä. Pääosin vapaaehtoisuuteen ja ilmaisuuteen perustuva tuki lisäsi todennäköisesti luottamusta terveydenhuoltohenkilöstöön. Lähikontaktit tapahtuivat yleensä terveyssisarten kautta, jotka oli myös koulutettu ”kulttuuriseen kohtaami-

¹⁰⁵⁹ Viipurin läänin maaherran vk vuodelta 1944, 31.12.1945. 49/381, SM KA.

¹⁰⁶⁰ Ts vk 1944. Ea1 Saapuneet kirjeet 1943–45. Suojärven kunnan terveyssisaren arkisto, MMA.

¹⁰⁶¹ Terveyssisaren kuukausikertomus maaliskuu 1945. Ea1 Saapuneet kirjeet 1943–45. Suojärven kunnan terveyssisaren arkisto, MMA.

seen”, lähestymään asiakkaitaan varovasti ja kunnioittavasti. Terveys- sisaret toimivat välittäjinä lääkäreiden ja potilaiden välissä, sillä lääkäreiden suuri työmäärä esti läheisempien kontaktien syntymisen potilaiden kanssa. Lastenneuvonnassa tapahtui voimakas modernisaatio ja myös medikalisaatio rokotusten ja lääkkeiden muodossa.

Terveystenhuollon ja koko huolto-organisaation panostus äiteihin ja lapsiin kantoi kauniin sadon lyhyessä ajassa. Vaikeista olosuhteista huolimatta imeväiskuolleisuus laski lähelle maan keskiarvoa. Vuonna 1942 se oli 63,6 ‰ ja vuonna 1943 se oli laskenut 57,9 ‰:een. Todennäköisesti rauhalliset olosuhteet, vähäiset väestönlikkeet, siviiliväestön turvattu ravinnonsaanti ja lopuksi tehostunut äitiys- ja lastenhuolto selittävät alhaisen kuolleisuuden.¹⁰⁶² Lundin lastentautien professori Sture Siwe oli kiertomatkalla vuonna 1943 Sortavalan piirissä käydessään ihaillut alueen lasten hyvää vointia ja pientä ylipainoa.¹⁰⁶³

Painopiste oli käytännön jokapäiväisissä ongelmissa, olosuhteiden parantamisessa ja väestön opastamisessa terveellisempiin elintapoihin. Argumentina oli pääasiallisesti uuden, terveen sukupolven kasvattaminen, ”joka eräänä päivänä voimakkaasti tarttuu työhön isiltä perityillä asuinsijoilla”.¹⁰⁶⁴ Neuvolatoiminnan päätarkoituksena oli pienten lasten saattaminen maailmaan niin elinkykyisinä ja terveinä ”alokkaina” kuin suinkin” samoin kuin pikkulasten aikaisen kuolleisuuden alentaminen sekä heidän säilyttämisensä terveisinä ”kriittillisenä ensivuotena”.¹⁰⁶⁵ Väestöpoliittisia argumentteja ei näy julkisista eikä sisäiseen käyttöön tarkoitetuista virkamiesteksteistä. Selitys löytyy ehkä siitä, että Laatokan-Karjalassa syntyvyys oli valmiiksi keskimääristä korkeampaa: maaseudulla perheet olivat isoja.¹⁰⁶⁶

Sortavalan kansanterveyden aatteellinen pohja löytynee parhaiten sosiaali- hygienisestä, romanttisesta ja valistushenkisestä karelianismista. Retoriikassa oli voimakas isänmaallinen, mutta ei militaristinen painotus. Johtava terveys- sisar Haapala luonnehti terveydenhoitoa Karjalassa kutsumustyöksi, jota tehtiin ”yhteisvoimin suurella innolla ja rakkaudella”.¹⁰⁶⁷ Piirilääkäri Jaakkimainen taas painotti modernin näkökulmaa. ”Palautetulla alueella suoritettu terveydenhoitotyö oli alusta alkaen valtion kustantamaa, uusien terveydenhoidollisten lakien mukaista työtä.”¹⁰⁶⁸ Näin kansanterveystyötä voitiin katsoa samalla sekä tunteen että järjen kannalta.

¹⁰⁶² Sortavalan pl vk 1942 ja 1943 Eba 14–15, LKHV, KA. Kuntakohtaiset väestötiedot vuodelta 1943, kts liite 4.

¹⁰⁶³ Kirje Helmi Jaakkimaiselta Pertti Kavenille 9.3.1979. Pertti Kavenin yksityisarkisto.

¹⁰⁶⁴ Räihä *SPR* 10–11/1942, 253.

¹⁰⁶⁵ Jaakkimainen *SPR* 10–11/1942.

¹⁰⁶⁶ Salmin piirilääkäripiirissä vuonna 1937 syntyvyys oli 27,3 promillea, kun se koko Viipurin lää- nissä oli vuonna 1938 hieman yli 19,6 promillea. SVT XI 1938, 48–49.

¹⁰⁶⁷ Lääninterveyssisarten toimintakertomukset 1943–45, Ebk1 LKHV, KA.

¹⁰⁶⁸ Viipurin läänin maaherran kertomus 1944 D. No 49/381, SM, KA.

VAKIINTUMISEN AIKA. 1944–1955.

Jälleenrakennusajan Suomen sosiaali- ja terveystaloudessa panostettiin perheiden hyvinvointiin. Pronatalistinen ideologia jäi taustalle syntyvyyden kasvaessa ennennäkemättömiin mittoihin. Lasten terveysneuvonta integroitiin ja normalisoitui vähitellen osaksi kansanterveystyötä, jota alettiin kutsua perusterveydenhuolloksi. Aatteelliset kysymykset eivät enää olleet ajankohtaisia, tärkeintä oli jälleenrakennus. Kansanterveydellinen ja perhepoliittinen lainsäädäntö oli perusta, jonka päälle alettiin rakentaa hyvinvointiyhteiskuntaa 1950-luvun loppuvuosina. Kansanterveyden asiantuntijayhteisön jäsenet siirtyivät pois julkisuuden valokeilasta taustalla toimiviin toimikuntiin, sillä rauhanaikaan ei propagandatyölle enää ollut samalla tavalla tarvetta.

Luvun sisältö painottuu lastenneuvoloiden rakenteellisen ja toiminnallisen kehittämisen tarkasteluun. Suomi vastaanotti sodan jälkeen useilta kansainvälisiltä järjestöiltä huomattavia lasten huoltoon kohdistettuja lahjoituksia, joiden avulla maahan pystytettiin kattava terveystaloverkosto. Ennen sotia solmitut kansainväliset asiantuntijasuhteet ja –verkostot osoittautuivat jälleenrakennusvuosina tavattoman arvokkaiksi. Terveystalouden avustustoimintaa piti tiukasti kontrollissaan pieni valtionhallinnosta ja kansalaisjärjestöistä koottu kansanterveyden asiantuntijaryhmä. Kansalaisjärjestöjen rooli alkoi hiipua 1950-luvulle tultaessa, jolloin kunnat ottivat vastuulleen ehkäisevän terveydenhuollon käytännön toteutuksen. Kansallinen rokotusohjelma vakiintui lastenneuvoloissa ja kouluissa 1950-luvun puolenvälin jälkeen. Kun tavoitteet lasten terveydenhuollossa oli pääosin saavutettu, aatteellisessa toiminnassa tapahtui siirtymä kansallisesta kansainväliseen. Suomalaisia lasten terveydenhuollon asiantuntijoita siirtyi WHO:n kansainvälisen äitiys- ja lastenhuollon episteemisen yhteisön jäseniksi edistämään lasten terveyttä kehittyvissä maissa.

7 Jälleenrakennuksen haasteet

Syyskuussa 1944 allekirjoitettu Moskovan välirauhansopimus aloitti sekä sisä- että ulkopoliittisesti uuden aikakauden. Talvisodan jälkeen määriteltujen rajojen lisäksi Petsamo luovutettiin ja Porkkala vuokrattiin 50 vuodeksi. 420 000 siirtoväkeen kuuluvaa oli asutettava uudelleen. Sotakorvauksia määrättiin maksettavaksi 300 miljoonaa dollaria, joka henkilöä kohden oli enemmän kuin saksalaisten oli edellytetty maksavan ensimmäisen maailmansodan jälkeen. Siirryttiin toiseen tasavaltaan, jossa purettiin sotienvälisen ”valkoisen Suomen” rakenteita. Suomen Kommunistinen puolue sallittiin jälleen, ja jatkosodan ajan turvasäilössä olleet poliittiset vangit vapautettiin heti välirauhansopimuksen tultua voimaan. Syksyllä lakkautettiin myös ”fascisminluontoiset” Suojeluskunta- ja Lotta Svärd-järjestöt sekä Suomen Aseveljien liitto, joiden yhteenlaskettu jäsenmäärä oli noin 600 000.¹⁰⁶⁹ Suomen Punaiseen Ristiin ja Mannerheimin-liittoon ei kuitenkaan kajottu.

Suurista muutoksista huolimatta vuoden 1919 valtiosääntö ja poliittiset perusrakenteet säilyivät entisellä pohjalla. Marraskuussa 1944 työnsä aloittanut Paasikiven hallitus merkitsi poliittista suunnanmuutosta, sillä mukaan oli päässyt joukko rauhanoppositiota lähellä olleita poliitikkoja, ja yli puolet uusista ministereistä oli ensikertalaisia. Käännettä vahvistivat maaliskuussa 1945 järjestetyt ensimmäiset sodanjälkeiset eduskuntavaalit, joissa vasemmisto vahvisti asemiaan voimakkaasti. Aseleposopimuksen mukaisesti Helsinkiin asetui liittoutuneiden valvontakomissio, joka poistui Pariisin rauhansopimuksen astuttua voimaan syyskuussa 1947.¹⁰⁷⁰

Lappia lukuun ottamatta yhteiskunta pääsi siirtymään rauhanomaisiin olosuhteisiin pääosin jo syksyllä 1944. Suurimmat väestönsiirrot oli saatettu päätökseen kesällä 1944, ja vaikka asumisahtaus oli suurta, ei pakolaisleirejä perustettu. Kenttäarmeijan demobilisointi saatettiin päätökseen joulukuun alussa. Lapin sota sen sijaan jatkui huhtikuuhun 1945 saakka, jolloin viimeiset saksalaiset joukot poistuivat Suomesta. Suomen tehtyä erillisrauhan Neuvostoliiton kanssa syyskuussa 1944 Suomi oli sitoutunut poistamaan maasta Saksan armeijan, jossa suurimmillaan oli yli 200 000 sotilasta.¹⁰⁷¹ Sopimus merkitsi sotatilaa Saksan kanssa, minkä seurauksena tehtiin päätös koko Lapin läänin väestön evakuoimisesta. 144 000 asukkaasta 56 000 evakuoitiin

¹⁰⁶⁹ Lakkautus tapahtui välirauhansopimuksen 21. artiklan nojalla, jonka mukaan Suomi sitoutui hajottamaan ”hitleriläismieliset (fascisminluontoiset) poliittiset, sotilaalliset ja sotilaallisuusluontoiset järjestöt”. Järjestöt olivat suuria: Suojeluskuntajärjestön jäseniä oli yli 100 000 henkilöä, Lotta Svärd-järjestöön kuului 240 000 naista, jos pikkulotat lasketaan mukaan. Vuonna 1940 perustetussa Suomen Aseveljien liitossa oli vuoden 1944 lopussa 240 000 jäsentä. Järjestö hankki rintamamiehille vapaaehtoistietä 4600 tilaa ja antoi ammattikoulutusta noin 2000 soteleskelle. Vasara 2005, 1111–1118.

¹⁰⁷⁰ Nevakivi 2006, 217–233. Uudempaa kirjallisuutta sodanjälkeisestä ajasta, kts. Holmila & Mikkonen 2015, Kivimäki ja Hytönen 2015.

¹⁰⁷¹ Nevakivi 2006, 212.

Ruotsin puolelle ja 47 000 Suomen puolelle, lähinnä Pohjanmaalle. Evakuointi saatettiin loppuun noin kahdessa viikossa vaikeissa sääolosuhteissa.¹⁰⁷²

Vaikka huoltotilanne oli lähes katastrofaalinen, ei välitöntä sodan vaaraa enää ollut. Kaiken kattava aineellinen puute sekä useille elämänalueille heijastuva yleinen levottomuus ja epävarmuus tulevaisuudesta vaikeuttivat arkea. Ruotsin avun turvin selvittiin talven yli kevääseen 1945.¹⁰⁷³ Väestön liikehdintä, asumisen ahtauteen liittyvät heikot hygieeniset olosuhteet ja vaikea ravitsemustilanne heijastuivat yleisen terveystilanteen huononemisenä.

Suomi sai kuitenkin Keski-Eurooppaan nähden eräänlaisen varaslähdön rauhaan. Muualla Euroopassa sota päättyi vasta toukokuussa 1945 pakolaisongelman jatkuessa vielä useita vuosia. Kotirintama oli säilynyt hyvin verrattuna muihin Saksan kanssa sotineisiin valtioihin. Vuosi 1946 oli sodanjälkeisistä vuosista Suomessa raskain sotakorvausten kannalta, mutta kuitenkin tuotanto pääsi vauhtiin saavuttaen jo 1948 sotavuosia edeltävän tason.¹⁰⁷⁴

Jälleenrakennuskauden on usein katsottu symbolisesti päättyneen Helsingin vuoden 1952 kesäolympialaisiin. Anglosaksinen vaikutusvalta alkoi voimistua, josta eräänä esimerkkinä oli *Aku Ankan* ensimmäisen numeron ilmestyminen joulukuussa 1951. Olympialaisiin saapui lahjoituksena heinäkuussa 1952 laivalastillinen Coca-Colaa, jonka sotainvalidit myivät hyväntekeväisyystarkoituksessa.¹⁰⁷⁵ Kisojen päätyttyä lähetettiin syyskuussa viimeiset sotakorvauserät Neuvostoliittoon. Säännöstely jatkui vuoteen 1954, jolloin kahvin myynti vapautui. Sekä taloudellisesti että ideologisesti on kuitenkin katsottava, että sodanjälkeistä aikaa elettiin noin vuosiin 1955–1956 saakka, jolloin monet jälleenrakennukseen liittyneet projektit saatettiin päätökseen. Porkkala palautettiin vuonna 1956, ja samana vuonna Suomi liittyi YK:hon. Ulkomaankauppaa kuitenkin säännösteltiin pitempään: henkilöautojen tuonti vapautui lopullisesti vasta vuonna 1963.¹⁰⁷⁶

Terveystienhuoltohenkilöstön kotiuduttua armeijasta päästiin vuoden 1945 alussa kansanterveystyön pariin uusien terveydenhuollon lakien turvin. Sotavuosien kovat kokemukset olivat koulineet aloitekykyisen ja pätevän asiantuntijajoukon, joka oli joutunut toimimaan hyvinkin vaihtelevissa olosuhteissa siviiliorganisaatioissa ja puolustusvoimissa. Lääkäripula kotirintamalla oli merkinnyt terveyssisarille vastuun kantamista ja itsenäisiä työtehtäviä.

Suomi oli vielä vuosina 1944–1956 vahvasti maatalousvaltainen maa. Monet poliittiset päätökset tehtiin tästä näkökulmasta, jolloin esimerkiksi siirtoväki pyrittiin sijoittamaan maatalouden piiriin. Yhdessä suuren syntyvyyden kanssa se merkitsi, että maaseudulla oli paljon lapsia, joiden hyvinvointiin jo laitkin velvoittivat panostamaan. Kuntiin oli rakennettava äitiys-

¹⁰⁷² Rautio 2004, 69–74.

¹⁰⁷³ Holmila & Mikkonen 2015, 29–35.

¹⁰⁷⁴ Nevakivi 2006, 217–233.

¹⁰⁷⁵ YLE Elävä arkisto: *Erik von Frenckell maistelee kisacoolaa* 1952. Verkkolähde.

¹⁰⁷⁶ Valtioneuvostolle taloudellisia lisävaltuuksia antavan valtalin voimassaolo päättyi vuoden 1955 lopussa. Ulkomaankaupan ja valuuttojen säännöstely jatkui vuoteen 1957 saakka. Henkilöautojen kauppa vapautui 1963. Laki talouselämän säännöstelemisestä poikkeuksellisissa oloissa 303/1941; Jokipii 1987, 33–38; Nevakivi 2006, 231–245. Eräsaari 1978, 80.

ja lastenneuvolat ja kättilöille ja terveyssisarille oli osoitettava asunnot, mikä asetti kuntien taloudet tiukoille. Pätevän henkilökunnan lisääminen oli polttava kysymys. Vielä 1950-luvun lopulla oli puutetta sekä lääkäreistä että terveyssisarista, vaikka vuonna 1943 Turkuun perustettiin yliopistoon lääketieteellinen tiedekunta ja vuonna 1945 saatiin kaksi uutta terveyssisarkoulua Poriin ja Ouluun.¹⁰⁷⁷

Taulukko 23. *Imeväiskuolleisuuslukuja vuosina 1939–1949 Suomessa, Ruotsissa, Norjassa, Alankomaissa, Ranskassa sekä Englannissa ja Walesissa.*

	Suomi	Ruotsi	Norja	Alanko- maat	Ranska	Englanti ja Wales
1939	70	39	37	34	63	51
1940	88	39	39	39	91	57
1941	59	37	43	44	75	60
1942	67	29	36	40	77	51
1943	49	29	35	40	81	49
1944	69	31	37	46	82	45
1945	63	30	36	80	114	46
1946	56	27	35	39	78	43
1947	58	25	35	34	71	41
1948	52	23	30	29	56	34
1949	48	23	28	27	60	32

Lähde: Mitchell 1998, 123–126.

Evakuointien seurauksena Suomessa nähtiin jyrkkä imeväiskuolleisuuden nousu vielä vuonna 1944. Vasta vuonna 1949, olojen vähitellen rauhoituttua, päästiin kuolleisuudessa vuoden 1943 tasolle. Vastaavia korkeita kuolleisuuslukuja nähtiin taulukon 23 mukaisesti monissa muissakin Keski-Euroopan maissa välittömästi sodan jälkeen. Erot eri maiden välillä olivat kuitenkin suuria. Vuonna 1945 koettiin kuolleisuuspiikki Saksan miehittämissä Ranskassa ja Alankomaissa. Alankomaissa oli vakava nälänhätä vuonna 1944–45, minkä seurauksena imeväiskuolleisuus nousi hyppäksenomaisesti, mutta tasoittui nopeasti jo seuraavana vuonna.¹⁰⁷⁸ Sen sijaan miehitetyssä Norjassa imeväiskuolleisuus pikemminkin laski sotavuosina, kun Saksan aloitteesta kehitettiin äitiys- ja pikkulastenhuoltoa osana pronatalistista väestöpolitiikkaa.¹⁰⁷⁹ Vertailukohteena on sodan ulkopuolella pysytellyt Ruotsi, jossa imeväiskuolleisuuden lasku jatkui tasaisena.¹⁰⁸⁰

Jälleenrakennusvuosia sävyttää lääketieteen hoitomahdollisuuksien kehittyminen. 1950-luvun puoliväliin mennessä merkittävä osa nykyisin käy-

¹⁰⁷⁷ Siivola 1985, 190.

¹⁰⁷⁸ Mitchell 1998, 123–125; Lumey & Poppel 1994. Neuvostoliitosta ja Saksasta ei ole saatavissa sodanaikaisia imeväiskuolleisuuslukuja.

¹⁰⁷⁹ Huomiota kiinnitettiin sekä väestön määrään että laatuun. 300 äitiys- ja lastenneuvolaa perustettiin Norjassa vuoteen 1943 mennessä, ja syntyvyyden nostamiseksi suljettiin ehkäisyneuvolat. Kuitenkin 1–4-vuotiaiden lasten kuolleisuus nousi lisääntyneiden epidemioiden, kuten kurkkumädän vuoksi. Schiøtz 2003, 276, 282–284; Wilcox et al. 1994.

¹⁰⁸⁰ Saksasta ei ole käytettävissä tarkkoja imeväiskuolleisuustilastoja sotavuosilta. Mitchell 1998, 123–126.

tössä olevista peruslääkkeistä ja -rokotteista oli jo markkinoilla; lasten kannalta tärkeimpiä olivat penisilliini, sulfa ja tuberkuloosilääkkeet. Anestesia-menetelmät ja tehohoito mahdollistivat myös keskoshoidon ja lasten monien synnyännäisten poikkeamien korjaamisen. Terveydenhuoltoon panostettiin voimakkaasti, sillä ehkäisevän terveydenhuollon lisäksi kehitettiin tuberkuloosihuoltoa ja aloitettiin keskussairaalaverkoston rakentaminen.¹⁰⁸¹

7.1 Perhepolitiikan valtakausi

Kuvio 5 Syntyneiden lukumäärä vuosina 1930–1960.



Lähde: Findikaattori, väestönmuutokset. Verkkolähde.

Tasan yhdeksän kuukauden kuluttua sotaväen kotiutuksesta syntyvyys lähti räjähdysmäiseen nousuun: 24. elokuuta 1945 päivänvalon näki ennätyselliset 495 lasta. Huippuvuonna 1947 Suomeen syntyi 108 000 uutta kansalaista. (kuvio 5)¹⁰⁸² Vuoden 1945 kuluessa alkoi näkyä käänös pronatalistisesta suuntauksesta kohti perheiden hyvinvointia tukevaa sosiaalipolitiikkaa.¹⁰⁸³ Kiihkeä väestön lisäämiseen kannustava propagandakausi oli lyhyt kestäen vain noin neljä vuotta vuodesta 1941 vuoteen 1945.

Perhepolitiikan ideologiseksi suunnannäyttäjäksi kohosi Väestöliitto, joka oli perustettu jo helmikuussa 1941 useiden kansalais- ja asiantuntijajärjestö-

¹⁰⁸¹ Tiitta 2009, 256–267.

¹⁰⁸² Meinander 2009, 357. Suuren ikäluokkien lasketaan ulottuneen vuoteen 1950, jolloin syntyvyys laski alle 8 000 lapsen kuukaudessa. Findikaattori. Väestönmuutokset. Verkkolähde. Suomen syntyneiden lukumäärät 1880–1969 liitteessä 2.

¹⁰⁸³ Viimeinen löytämäni pronatalistinen kirjoitus lehdistössä on lääkäri Vuonamon huhtikuussa 1945 julkaisema lehtiartikkeli otsikolla ”Kaksilapsijärjestelmä on kulttuuritauti, joka verraten vähässä ajassa hävittää Suomen kansan”. 10.4.1945 Etelä-Suomi. Ua: 25, MLL, KA.

jen yhteiseksi foorumiksi tärkeimpänä tehtävänä edistää väestön kasvua ja parantaa sen elinehtoja. Liitto oli kätilöinyt muun muassa vuonna 1943 säädetyin perhelisälain, jonka tarkoituksena oli tasata lasten aiheuttamia lisäkustannuksia suurissa perheissä, joissa oli vähintään viisi alle 16-vuotiasta lasta.¹⁰⁸⁴

Alkuvuosina Väestöliiton ohjelman toisena painopisteenä oli väestön laatu: järjestön aloitteesta maan hallitus asetti vuonna 1943 uuden komitean sterilointilain tehostamiseksi.¹⁰⁸⁵ Vaikka pronatalistinen väestöpolitiikkaa ja positiivinen eugeniikka liukuivat rauhanomaisesti perhepolitiikaksi, ei samaa voi sanoa negatiivisesta eugeniikasta. Vuoden 1935 sterilisaatiolaki pidettiin epäonnistuneena sen tehottomuuden vuoksi. Korjattu laki säädettiin vuonna 1950, jonka jälkeen sterilisaatiot lähtivät nousuun. Samalla kun äitiys- ja lastenhuoltoa 1950-luvulla kehitettiin, olivat myös rotuhygieenisten sterilisaatioiden luvut korkeimmillaan.¹⁰⁸⁶

Jälleenrakennusaikana liiton uudeksi toimintamuodoksi nousi väestötieteellinen tutkimus vuonna 1946 perustetussa Väestöpoliittisessa tutkimuslaitoksessa.¹⁰⁸⁷ Liiton julkaisutoiminta oli ahkeraa sodan jälkeisinä vuosina. Tutkimuslaitoksen joka toinen vuosi ilmestynyt *Väestöliiton vuosikirja* sisälsi sekä väestötieteellisiä tutkimuksia että väestöpoliittisia artikkeleita. *Meidän perhe*-lehti, jonka painosluku oli parhaillaan yli 43 000, lähetettiin kaikille perhelisää nauttiville ”lapsirikkaille perheille” ja kuntien toimihenkilöille. Julkaisu esitteli Väestöliiton perhepoliittista ideologiaa ja levitti samalla tietoa perheille tarjottavista etuisuuksista ja Väestöliiton välittämistä tarvikkeista, kuten käytännöllisistä lastenvaatteista ja lapsiperheille sopivista kalusteista.¹⁰⁸⁸

Liiton muuttunut kanta pronatalismiin nostettiin vahvasti esille vuonna 1946 ilmestyneessä, suurelle yleisölle tarkoitettulla julkaisussa *Kodin, perheen ja lasten yhteiskunta*. Kirjasen mukaan sodanjälkeinen väestöpolitiikka ei ollut samaa kuin ”sinisilmäinen syntyväisyyspropaganda”, sillä väestöpolitiikan oli tunnettava vastuunsa. Sotavuosien neljän lapsen minimisuositus oli jo taaksejäänyttä aikaa.

Emme halua ”propagandalapsia” yhteiskuntaan, joka on heitä kohtaan tyly, emmekä rakkaudettomiin koteihin, joissa heistä ei välitetä! Me haluamme luoda yhteiskunnan, jonka taloudellinen ja sosiaalinen rakenne on sellainen, että kodin perustaminen, perheen muodostaminen ja lasten kasvattaminen on siinä otettu huo-

¹⁰⁸⁴ Perhelisälaki 375/1943.

¹⁰⁸⁵ Meskus 2009, 53.

¹⁰⁸⁶ Sterilisoimislaki 83/1950. Suomessa tehtiin vuosina 1935–1970 rotuhygieenisin perustein yhteensä 7530 sterilointia. Eniten niitä tehtiin 1950- ja 1960-lukujen taitteessa. Mattila 1999, 336–338; Harjula 2015, 301–203.

¹⁰⁸⁷ v. Hertzen 1948, 240. Väestöpoliittinen tutkimuslaitos muutti nimensä myöhemmin Väestötutkimuslaitokseksi. Se on nykyään opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama monitieteinen laitos, joka tutkii perheitä ja syntyvyyttä, parisuhteita ja seksuaalisuutta sekä maahanmuuttoa. Väestöliitto. Väestötutkimuslaitos. Verkkolähde.

¹⁰⁸⁸ v. Hertzen 1948, 238.

*mioon luonnostaan lankeavana asiana, eikä poikkeuksellisen ilmiönä, jolla on vain haitallisia seurauksia.*¹⁰⁸⁹

Terveydenhuollossa perhepoliittinen suuntaus merkitsi äitiys- ja lastenhuollon kehittämistä, sosiaalipoliitikassa taas perhekustannusten tasausta veropolitiittisin keinoin ja erilaisten tukien muodossa. Vuonna 1948 säädettiin lapsilisälaki ja vuodesta 1949 lähtien äitiysraha myönnettiin kaikille synnyttäjille. Sodanjälkeinen suunnitelmallisuutta, vapautta ja demokratiaa korostava ilmapiiri loi suotuisat olosuhteet myös sosiaalipoliittisten reformien täytäntöönpanolle, joka kuitenkin tapahtui ilman varsinaisia suunnitelmia ja ohjelmia. Risto Eräsaaren mukaan sosiaalipoliittinen lakkasi olemasta luokkajättelua ja siitä tuli kansalaisajattelua. Valtion sosiaalimenojen osuus kansantulosta kasvoi vuonna 1949 yli yhdeksään prosenttiin, jolla tasolla se siten pysyi keskimäärin 1960-luvun puoleen väliin saakka. Suurimman osuuden muodostivat ei-aktiiville väestölle suunnatut tulonsiirrot ja palvelut, joista tärkeimmät olivat perhe- ja lapsilisät.¹⁰⁹⁰ Perheiden ja lasten osuus valtion sosiaalimenoissa vuodesta 1939 vuoteen 1952 nousi 14 prosentista 34 prosenttiin.¹⁰⁹¹ Yhteiskunnan tuki lapsiperheille oli siten merkittävä sodanjälkeisten vuosien korkean syntyvyyden aikana.

7.2 Kansainväliset lahjoitukset merkittäviä

Keskushallinnon asema terveydenhuollon ohjauksessa vahvistui lääkintöhallitukseen vuonna 1944 perustetun kansanterveysosaston myötä. Läkintöhallituksessa neuvolatyötä ohjasivat kuitenkin vain tarkastava terveyssisar ja kättilö. Vuonna 1945 lastenlääkäri Viljo Rantasalo tosin ehdotti lastenlääkärin nimittämistä lääkintöhallitukseen johtamaan neuvolatyötä. Vasta vuonna 1954 lääkintöhallitukseen perustettiin neuvola- ja kouluylilääkärin virka, jota alkuun hoiti LKT Aino Yliruokanen ja vuodesta 1957 alkaen aina vuoteen 1982 saakka LKT Holger Hultin.¹⁰⁹²

Ensimmäiset lääninlääkärit olivat aloittaneet toimintansa vuonna 1943, ja vuonna 1947 oli viimeisetkin piirilääkäripiirit yhdistetty lääninlääkäripiireihin. SPR:n tarkastavat terveyssisaret siirtyivät sodan jälkeen lääninlääkärin työpareiksi lääneihin. Aluelääkäritoimet lopetettiin vuoteen 1949 mennessä.

Rauhan tultua kuntien asema alkoi vahvistua. Jälleenrakennukseen liittyi mittavia kuntia työllistäviä projekteja, joihin nähden kansanterveystyö saattoi tuntua vähemmän tärkeältä. Siirtoväki oli asutettava ja rintamamiehet kotiutettava. Syntyvyyden nousun vuoksi koulujen rakentaminen tuli ajankohtaiseksi valtavassa mittakaavassa 1950-luvulla. Äitiys- ja lastenneuvola-verkoston pystyttäminen terveystaloiheen oli pienimuotoista verrattuna mit-

¹⁰⁸⁹ Kodin, perheen ja lasten yhteiskunta 1945; v. Herten 1948, 238. Väestöliiton toiminnan ideologisista muutoksista aina 1980-luvulle saakka kts. Bergenheim 2017.

¹⁰⁹⁰ Eräsaari 1978, 77, 81–83.

¹⁰⁹¹ Eräsaari 1978, 117.

¹⁰⁹² Siivola 1985, 146; Rantasalo 1945.

tavaan keskussairaaloiden rakennusprojektiin, joka aloitettiin 1950-luvun alussa.

Sotienvälinen ”terveydenhoitokolmio”: valtio – kunnat – kansalaisjärjestöt, toimi vielä 1950-luvun alkuun saakka, sillä kansalaisjärjestöt olivat jälleenrakennuskaudella vielä merkittäviä tekijöitä. Suomen Huolto, SPR ja Mannerheim-liitto hallinnoivat yhdessä valtion edustajien kanssa ulkomaisia lahjoituksia, jotka oli ohjattu terveystalojen ja lastensairaaloiden rakentamiseen. Sotavuosien kaltainen välillinen hallinto ei enää jatkunut, sillä valtion ote lahjoitusvarojen ohjaamisessa tiukentui selvästi. Vuoteen 1952 mennessä tilanne ”normalisoitui”, jolloin Suomen Huolto lopetti toimintansa. SPR ja Mannerheim-liitto olivat irrottautuneet toisistaan jo vuonna 1950, mutta yhteistyö jatkui edelleen kummikuntatoiminnan ja terveystalojen rakentamisen merkeissä. Mannerheim-liiton luonne muuttui, kun siitä tuli jälleen asian-
tuntijajärjestö, joka tuotti lausuntoja keskushallintoon päin ja lastenhoito-oppaita muun muassa neuvoloille.¹⁰⁹³

Kansanterveystyötä tuettiin ulkomaisin avustusvaroin ja -hankkein Suomessa usean vuoden ajan 1950-luvun puoliväliin saakka. Ruotsin tuki oli määrällisesti suurinta sekä sota- että jälleenrakennusvuosien aikana. Ulkomaiset avustukset mahdollistivat terveystalojen ja lastensairaaloiden rakentamisen. Jälleen kerran Lapin lääni ja rajaseutu olivat suurimman tuen tarpeessa. Puolueettoman ja sotatoimien ulkopuolella pysyneen Ruotsin kautta oli mahdollista tehdä tunnusteluja tahoihin, joihin yhteydet olivat jatkosodan aikana katkenneet. Tukholma toimi vuosina 1944–1946 niukkojen matkustusmahdollisuuksien vuoksi diplomaattisena keskuksena, jossa eri maiden edustajat ja lähetystöt saattoivat käydä keskenään luottamuksellisia keskusteluja.¹⁰⁹⁴

Ulkomaisen avun toimikunta perustetaan 21.9.1944

Ulkomaisen avun kontrolli organisoitiin heti sotatoimien loputtua 4.9.1944. Suomen Huollon toiminnanjohtaja Heikki Waris ehdotti valvontaelimen tehtäväksi ensinnäkin kaikkien Suomesta ulkomaille suuntautuvien avustusaloitteitten tarkastamisen ja hyväksymisen sekä toiseksi kaiken ulkomailta Suomeen tulevan avustuksen jaon ja käytön valvonnan. Komitean perustaminen oli esillä valtioneuvoston istunnossa jo 14.9.1944. Puheenjohtajaksi valittiin sosiaaliministeri Aleksi Aaltonen, jäseniksi Suomen Huollon puheenjohtaja, Hämeen läänin maaherra ja Punaisen Ristin piirin puheenjohtaja Seth Mattson, ulkoasiainministeriöstä ministeri Tauno Jalanti ja marraskuussa kauppa- ja teollisuusministeriksi nimitetty vuorineuvos Åke Gartz. Sihteerinä toimi Heikki Waris. Toimikunta oli hyvin verkostoitunut Gartzin kautta

¹⁰⁹³ Molemmat järjestöt olivat kasvaneet sotavuosina. SPR tarvitsi oman paikallisosastoverkoston ensiapu- ja sairaanhoitotoiminnan laajentamiseksi. Mannerheim-liiton olisi pitänyt sulautua kokonaan SPR:ään, mikä ei Mannerheim-liitolle sopinut. Kumpikin täydensi sitten tahollaan omaa organisaatioaan. Mannerheim-liitto muutti nimensä Mannerheimin Lastensuojeluliitoksi vuonna 1960 sääntömuutoksen yhteydessä. Korppi-Tommola 1990, 182, 199–200.

¹⁰⁹⁴ Brotherus 1984, 378–411.

suomalaiseen teollisuuteen sekä Mattsonin ja Wariksen kautta moniin kansalaisjärjestöihin.¹⁰⁹⁵

Ulkomaisen avun toimikunnan (jatkossa UAT) järjestäytymiskokous pidettiin 21.9.1944, kaksi päivää aseleposopimuksen jälkeen, jolloin päätettiin lähettää Ruotsin avustustoimintaa koordinoivalle komitealle ilmoitus toimikunnan asettamisesta sekä esitys siitä, että mainitun komitean yhteys suomalaisiin järjestöihin tapahtuisi toimikunnan välityksellä. Pidettiin tärkeänä, että kaikki Suomesta ulkomaille suuntautuvat avustusalitteet tarkastettaisiin ja hyväksyttäisiin. Yksityisten henkilöiden matkustamisen ulkomaille omien avustuspyyntöjen esittämiseksi oli ”kiinteästi estettävä”. Näin ennakotiin talvisodan aikana ja sen jälkeen ilmenneitä ongelmia, jolloin monet tahot lähettivät avustuspyyntöjä ja suoranaisia kerjuukirjeitä ulkomaille. Tämä oli valtiovallalle kiusallista ja haittasi avustusten ohjaamista todella tarvitseville.¹⁰⁹⁶ Toimeen tartuttiin nopeasti: lääkintöhallituksen pääjohtaja Oskari Reinikainen kävi jo lokakuussa 1944 neuvottelemassa Ruotsin lääkintöhallituksen kanssa kipeästi tarvittujen lääkintätarvikkeiden lahjoituksista.¹⁰⁹⁷

Sodan jatkuessa vielä muualla Ruotsi oli ainoa maa, josta apua oli saatavissa. Humanitaarinen apu oli laajaa. Pohjois-Suomesta evakuoitiin Ruotsin puolelle yli 50 000 henkilöä, joista osa palasi takaisin Suomeen vasta vuoden 1945 lopussa. Lisäksi kevästä 1944 lähtien sotalapsitoiminta vilkastui: vuoden vaihteeseen mennessä noin 30 000 lasta oli lähetetty Ruotsiin.¹⁰⁹⁸ UAT:n jäsenet vierailivat Ruotsissa useaan otteeseen neuvottelemassa uusia sopimuksia. Maaherra Seth Mattsonin mukaan huhtikuussa 1945 Ruotsin kansan mieliala Suomea kohtaan oli ”laskukauden jälkeen” ilmeisesti parantunut. Maaseudulla ja ”varsinaisen kansan keskuudessa” Suomea kohtaan tunnettiin suurtakin myönteisyyttä. Maa oli Norjan ja pakolaisten auttamisen takia ollut ”toissijaisella tilalla”, joka johtui osittain heikosta tiedotustoiminnasta. Suomen avustaminen oli kuitenkin tehostumassa, Mattson mainitsi erityisesti lastenruokinnan. Pohjois-Suomen ja varsinkin Lapin läänin tukemiseen suhtauduttiin myönteisesti.¹⁰⁹⁹

Lapin läänin kunnissa oli evakuointien seurauksena vuonna 1945 pienten lasten kuolleisuus poikkeuksellisen korkea. Sekä Ruotsiin että Pohjanmaalle siirrettyjen lasten joukossa useat kulkutaudit, erityisesti suolistosairaudet levisivät ahtaissa ja epähygieenisissä olosuhteissa. Pahin oli tilanne Utsjoella, jossa yli 80 prosenttia syntyneistä kuoli ennen ensimmäistä ikävuottaan.¹¹⁰⁰ Saksalaiset olivat vetäytyessään tuhonneet lähes koko läänin rakennuskannan ja tiestön siltoineen. Ensimmäiset evakuoidut palasivat takaisin jo keväällä 1945, mutta vasta vuoden 1946 loppuun mennessä olivat kaikki Ruot-

¹⁰⁹⁵ Muistio Heikki Waris 12.9.1944. Perustamisasiakirjoja 1944, UAT, UAM.

¹⁰⁹⁶ Pk 21.9.1944, UAT, UAM.

¹⁰⁹⁷ Pk 19.10.1944, UAT, UAM.

¹⁰⁹⁸ Kaven 2010, 292, 298.

¹⁰⁹⁹ Pk 3.5.1945, liite 1, Mattsonin matkakertomus. UAT, UAM.

¹¹⁰⁰ 12 syntyneestä lapsesta kuoli 10 alle vuoden ikäisenä. Lapin läänin johtavan ts vk. 1945. Ebk1, LKHV, KA. Lapin läänin aluelääkärien kertomukset 1944 ja 1945, Eba 16 ja 17, LKHV, KA.

siin siirtyneet palanneet takaisin kotikonnuilleen, missä odotti valtava jälleenrakennusurakka. Humanitaarista apua tarvittiin kipeästi.¹¹⁰¹

Sodan päätyttyä Euroopassa toukokuussa 1945 paranivat avustusmahdollisuudet oleellisesti. Yhtäältä avustettavia maita oli tullut lisää, mutta toisaalta yhteydetkin paranivat. Tukholmassa Suomen kanssa kävivät neuvotteluita muiden muassa Amerikan Punaisen Ristin, Amerikan kveekareiden samoin kuin Sveitsin Don Suissen edustajat. Suomen ongelmana oli sotiminen ”väärrällä puolella” Saksan rinnalla, mutta toisaalta sota saksalaisia vastaan Lapissa oli lieventänyt Suomea kohtaan tunnettua epäluuloa.¹¹⁰²

UNRRA-apu Pohjois-Suomeen

UNRRA-tunnustelut aloitettiin sosialidemokraattisen kansanedustaja Sylvi-Kyllikki Kilven käydessä Tukholmassa kesäkuussa 1945. Ajateltiin, että Kilpi tunnettuna vasemmistolaisena ja ”natsismia avoimesti vastustaneena” kansanedustajana voisi paremmin saattaa sanomansa perille oikeille henkilöille. UNRRA:n avun saaminen oli mutkikas prosessi, sillä anomus oli tehtävä Neuvostoliiton edustajan kautta. Avustus oli saatavissa vain saksalaisten hävittämälle alueelle eli Lapin lääniin ja osaan Oulun lääniä.¹¹⁰³

UNRRA eli *The United Nations Relief and Rehabilitation Administration* perustettiin 44 valtion toimesta vuonna 1943 ja liitettiin YK:hon vuonna 1945. Sen tarkoituksena oli avustaa Euroopan maita sodan jälkeisessä jälleenrakennustyössä sekä auttaa liittoutuneiden haltuun tulleilla alueilla olevia pakolaisia ja saattaa heidät takaisin kotiin. USA rahoitti noin puolet UNRRA:n budjetista. Avustusta saivat periaatteessa vain ne maat, jotka olivat olleet Saksan miehittämiä. Järjestön aktiivisin kausi keskittyi vuosiin 1945 ja 1946, jolloin se vastasi muun muassa Saksassa sijaitsevista noin 11 miljoonasta Saksaan pakkotyöhön lähetettyjen henkilöiden huollosta ja kotiuttamisesta. UNRRA lopetti toimintansa virallisesti vuonna 1948, ja sen työtä jatkoivat muut YK:n organisaatiot: *International Refugee Organization* IRO (1947–52), *United Nations Children’s Fund* UNICEF (1946–) ja Maailman terveysjärjestö eli *World Health Organization* WHO (1948–).¹¹⁰⁴

Loppuvuodesta 1945 Suomelle myönnettiin 2,5 miljoonan dollarin suuruinen UNRRA-avustus, jonka vastaanottajaksi ja jakajaksi määrättiin kansanhuoltoministeriöön perustettu UNRRA-toimikunta. Lahjoituksena saatiin tarvikkeita, jotka myytiin Suomessa pääasiallisesti niin kutsutuilla UNRRA-alueilla eli Lapin läänissä ja osassa Oulun lääniä.¹¹⁰⁵ Asukkaille annettiin erityiset ostokortit, joilla he saattoivat hankkia UNRRA-tarvikkeita: vaatteita,

¹¹⁰¹ Viimeiset saksalaiset poistuivat Lapista 27.4.1945. Evakuoinnista kts. Rautio 2004, 69–74. Kts. myös Erkkilä ja Iivari 2015; Lehtola 1994.

¹¹⁰² Pk 13.7.1945, UAT, UAM.

¹¹⁰³ Pk 13.7.1945, UAT, UAM.

¹¹⁰⁴ Shephard, 2011.

¹¹⁰⁵ Samanaikaisesti Suomen valtio sai Yhdysvalloilta jälleenrakennusluottoja yhteensä 75 miljoonaa dollaria. Holmila & Mikkonen 2015, 145–146; Oulun läänin kunnat: Hyrynsalmi, Kuhmo, Kuusamo, Pudasjärvi, Puolanka, Ristijärvi, Suomussalmi, Taivalkoski.

jalkineita, elintarvikkeita ja työkaluja. Osa tarvikkeista jaettiin huoltoapuna. Avustuksena saadut lääkkeet myytiin keskusliikkeille. Myyntitulosta muodostettiin UNRRA-rahasto, josta myönnettiin sekä suoria avustuksia että lainoja jälleenrakennukseen.¹¹⁰⁶ On huomattava, että Suomen osuus UNRRA:n avustusvaroista oli häviävän pieni, sillä järjestön toiminta oli maailmanlaajuista. Järjestöllä oli parhaillaan töissä 25 000 avustustyöntekijää ympäri maailmaa Kiinan ollessa yksittäisenä maana suurin avustuskohde 518 miljoonalla Amerikan dollarilla. Euroopassa Puolan osuus oli 478 miljoonaa dollaria ja Italian 416 miljoonaa dollaria.¹¹⁰⁷

Kun UNRRA-varat saatiin käyttöön 1946, nostettiin terveydenhuollossa lapset ensimmäiselle sijalle. Kansanhuoltoministeriöön perustetussa UNRRA-toimikunnassa asia otettiin esille ensimmäisessä kokouksessa helmikuussa 1946. Oulun läänin maaherra Pehkosen mukaan kansanterveyden alueella oli paljon tehtävää, ”että vaurioita voidaan välttää ja lasten kuolleisuutta vähentää”. Tuhoutuneiden terveystalojen, sairaaloiden ja lastenkotien tilalle pitäisi rakentaa uusia. Asiat olivat kiireellisiä ”kansan terveyden ja lastenkasvatuksen kannalta”.¹¹⁰⁸

UNRRA-toimikunta teki lopulliset päätökset avustusten myöntämisestä, mutta terveydenhuollon alalla Suomen Huollolla ja SPR:n Lapin piirihallituksella oli paljon vaikutusvaltaa. Toimikunta lakkautettiin keväällä 1947, jolloin UAT alkoi hallinnoida rahastoa.¹¹⁰⁹ UNRRA:n Suomen edustuston johtaja, amerikkalainen sosiaalityöntekijä Irving Fasteau oli osallistunut aktiivisesti rahoituspäätöksiin. Jäähyväispuheessaan hän tunnusti, että Suomeen tullessaan hänellä ei ollut minkäänlaista etukäteiskäsitystä maasta. Hän oli kuitenkin pian todennut, että ”Suomi on hyvin järjestetty kansakunta, että teillä oli selvä käsitys tarpeistanne, tehokas hallinnollinen järjestelmä ja kokenut virkakunta”. Näin ollen oli mahdollista luovuttaa UNRRA-ohjelman toteuttamisen päävastuu suomalaisille.¹¹¹⁰ Virkamieskunnassa oli sodan aikana ja sen jälkeen tapahtunut hyvin vähän muutoksia. Käytännössä samat henkilöt olivat hallinnoineet avustustoimintaa Suomen Huollon eri elimissä ja UAT:ssa.

Viimeisestä käytettävissä olevasta raportista maaliskuulta 1953 selviää, että rahastoon kertyi yhteensä 386,5 miljoonaa markkaa. UNRRA-rahoista luovutettiin terveydenhuollolle 67 miljoonaa markkaa, jolla rakennettiin pääasiassa terveystaloja Lapin ja Oulun lääneihin.¹¹¹¹

¹¹⁰⁶ UAT:n loppuraportti YK:lle 3.8.1956. 111–116 kirjeenvaihto 1949–56, UAT, UAM.

¹¹⁰⁷ Hitchcock 2009, 215–248. Suomi joutui myös kieltäytymään Yhdysvaltojen jakamasta Marshall-avusta, jota esimerkiksi Ruotsi vuosina 1948–1951 vastaanotti 347 miljoonan dollarin arvosta. Marshall Plan. Verkkolähde.

¹¹⁰⁸ Keskustelupöytäkirja 21.2.1946 UNRRA-toimikunta, UNRRA III 7 C1, SH, JyMA.

¹¹⁰⁹ Pk 15.7.1947, UAT, UAM.

¹¹¹⁰ Irving J. Fasteaun puhe 111–21, muistioita 1944–55 UAT, UAM.

¹¹¹¹ Suurimmat kohteet olivat ”welfare services” 174.5 miljoonaa markkaa ja ”maanviljelyn, metsätyön ja kalastuksen” tukeminen 91 miljoonaa markkaa. ”Public utilities”, esimerkiksi sähkölaitosten rakentamiseen käytettiin 42,5 miljoonaa markkaa. UAT:n loppuraportti YK:lle 3.8.1956. 111–116 kirjeenvaihto 1949–56, UAT, UAM.



Kuva 9 Ruotsi lahjoitti Folkhälsanille kaksi neuvolalaivaa, Lyckoslanten ja Gullkronan, jotka kiersivät Turun saaristossa ja Ahvenanmaalla tekemässä terveystarkastuksia. Gullkronassa tehtiin myös pienoisoröntgentutkimuksia ja annettiin hammashoitoa. Kuva: Folkhälsanin arkisto.

Ruotsi suurin lahjoittaja

Ruotsissa kerättyjä lahjoituksia hallinnoinut avustuskomitea *Svenska Kommittén för Internationell Hjälpverksamhet* (SIH) oli UNRRA:n ohella toinen merkittävä lahjoittaja. SHTMK alkoi elokuussa 1945 vastata Ruotsin avustuskomitealta saatujen lääkkeiden ja lääkingintätarvikkeiden tuottamista varoista.¹¹¹² Suurten summien kohdalla kuitenkin Suomen Huollon johtokunta vastasi päätöksistä. SIH-varoja kerättiin samalla tavalla kuin UNRRA-varojakin. Ruotsin SIH-komitea osti lahjoitusrahoilla Ruotsissa suomalaisten toivomia lääkingintätarvikkeita, jotka sitten Suomessa myytiin keskusliikkeille. Kertyneet varat käytettiin sodasta kärsineiden lasten hyväksi.

Rahojen sijoittamista pohdittiin tarkasti: käytettävissä olevat varat olivat niin suuret, että niiden sijoittaminen pelkästään ensiavun luonteisiin välttämättömiin lastenterveydenhuollon tarkoituksiin ”provosoisi ensiavun tarvetta sielläkin, missä sitä ei kohtuudella voida väittää olevan”. Järkevämpää olisi tukea kiireellisten uudistusten toimeenpanemista siellä, missä ”sota on tyrehdyttänyt luonnollisen kehityksen”.¹¹¹³ Pääosa lahjoitusvaroista sijoitettiin rakennustoimintaan, sairaaloiden ja terveystalojen pystyttämiseen. SIH-

Rahasto oli esimerkiksi kunnallisiin budjetteihin nähden pieni. Vuonna 1946 kuntien yhteenlasketut sosiaalimenot olivat 766 miljoonaa markkaa ja vuonna 1950 ne olivat nousseet 2,7 miljardiin markkaan. SVT 1950, taulukko 276. Maalaiskuntien menot vuosina 1936–1950, 240–241.

¹¹¹² Vrk 1945. Db 1, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹¹³ Nimetön muistio, pk 24.4.46, Ca 5, SHTMK, SH, JyMA.

varoja saatiin lasten terveydenhuollon käyttöön vuosina 1945–1947 merkittävä summa, yli sata miljoonaa markkaa, jolla pystyttiin tukemaan sairaaloiden ja terveystalojen rakentamista.¹¹¹⁴

Taulukossa 24 on esitetty SIH-rahojen osittain toteutunut käyttösuunnitelma vuosille 1945 ja 1946. Rakennustoimintaan suunniteltiin sijoitettavaksi 50 miljoonaa markkaa, josta 20 miljoonaa markkaa varattiin Lastenlinnalle. Taulukosta ilmenee selvästi, että valtaosa rahoista johdettiin SPR:n eri elimien kautta. Mannerheim-liitolla oli vankka asema rahavirtojen ohjailussa.

Taulukko 24. SIH-rahojen varauksia vuosina 1945–1946.

Mannerheim-liitto	
Kiertävien neuvoloiden ja hammaspoliklinikan toimintaan	2 048 043
Lastentalojen nettomenoihin	4 305 024
Lastenlinna, rakennustoimintaan	20 000 000
” ylim. lastenhoitajakurssille	260 400
S.P.R:n Karjalan Piirihallitus	
Kesäleiritoimintaan	130 400
S.P.R:n Oulun Piirihallitus	
Oulaisten lastenkotia varten	950 000
Samfundet Folkhälsan	
Ylim. lastenhoitokurssille	140 000
Pelastakaa Lapset r.y.	
Lastenkoti- ja lastensiirtolatoimintaan	1 400 000
Suomen Kirkon Sisälähetysseura	
Kuopion Päivärinteen lastenkodille	585 000
Raajarikkoisten huoltolaitos	
Hoitomaksuja	5 600
Lastenruokinnan keskustoimikunta	
Viljan ostoa varten lastenruokintaan	500 000
Terveystalorahastoon	
Varaus	30 000 000
Yhteensä	60 324 467

Lähde: Vuosikertomus 1946. Db 1, SHTMK, JyMA.

Suomen Huolto koordinoi SIH:n lisäksi myös muita lahjoituksia, joista tärkeimmät olivat Sveitsin apu eli *Don Suisse* tai *Schweizer Spende*¹¹¹⁵ sekä UNICEF, jotka järjestivät erityisesti lasten ruokintaa talvikuukausina vuosina 1947–1949 kouluissa, päiväkodeissa ja lastenkodeissa. Humanitaaristen järjestöjen apu oli merkittävä, sillä se paransi kouluruuan ruuan ravitsemuksellista arvoa. Toiminta päättyi talvella 1949–50, johon mennessä 76500 lasta oli osallistunut ruokintaan jatkuvasti.¹¹¹⁶

¹¹¹⁴ Vk 1947. Db 1, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹¹⁵ Don Suisse lahjoitti lääkkeitä, joiden myynnin nettotuotto oli yli 5 miljoonaa markkaa. Lisäksi se lahjoitti täydelliset varusteet kymmentä poliklinikkaa varten, mikroskoopeja myöten. Vk 1947. Db 1. SHTMK, SH, JyMA.

¹¹¹⁶ UNICEF avusti Suomea vuosina 1947–1949 noin 1,6 miljoonalla dollarilla. Järjestö lahjoitti muun muassa lääkintatarvikkeita ja meijerikalustoa. 73 lääkäriä, sairaanhoitajaa ja sosiaalityöntekijää osallistui Unicefin kursseille. Uusi Suomi 9.2.1951. UA, MLL, KA; Kahdessa Suomen Huollon julkaisemassa teoksessa: *Kansalta kansan hyväksi* 1952 (kuvateos) sekä *Keskitetty vapaa huoltotyö 1939–1949*, on yksityiskohtaiset tiedot Suomen Huollon saamista avustuksista.

7.3 Terveystalot maaseudun terveydenhuollon keskuksina

Syyskuussa 1946 Suomen Huollon johtokunta päätti varata 15 miljoonaa markkaa terveystalorahastoon, jota Mannerheim-liittoon perustettu, professori Ylpön johtama terveystalotoimikunta käytännössä jatkossa hallinnoi.¹¹¹⁷ Suunnitelmana oli myöntää rahastosta kunnille yhtä terveystaloa kohtaan 100 000–300 000 markkaa, joka kattaisi alle puolet talon rakennuskustannuksista. Kunnan oli tarkoitus vastata lopuista kuluista.¹¹¹⁸ Näin sai alkunsa terveystalorahasto, jonka toiminta jatkui 1950-luvun puoleenväliin ja jonka kautta virtasi yli miljardi markkaa.¹¹¹⁹

Yli 500 maaseudun kuntakeskuksiin rakennettua terveystaloa ovat enimmäkseen hävinneet suomalaisten tietoisuudesta, sillä ne siirtyivät viimeistään 1990-luvulla pois alkuperäisestä käyttötarkoituksestaan.¹¹²⁰ Terveystalot olivat 1950–1970-luvulla Suomen maaseudun terveydenhuollon perusyksiköitä, joihin oli sijoitettu kättilöiden ja terveyssisarten asunnot sekä vastaanottotilat. Kättilöt suorittivat äitiysneuvontaa ja huolehtivat kotisyntytyksistä. Terveyssisar vastasi lastenhoidon neuvonnasta, kouluterveydenhuollosta, tuberkuloosihuollosta ja teki myös sairaskäyntejä. Lääkäri kävi ajoittain, kerran tai kaksi kertaa kuukaudessa pitämässä neuvolavastaantoa terveystalolla, mutta sairausvastaanotto pidettiin kunnanlääkärin omissa vastaanottotiloissa, jotka sijaitsivat usein kunnanlääkärin kodin yhteydessä. Lääkäreitä oli vähän, eivätkä he välttämättä asuneet kunnassaan. Esimerkiksi Lemmin kunnanlääkäri asui Lappeenrannassa.

Ensimmäisen kerran ajatus terveystaloista nousi Suomessa esiin vuonna 1939 komiteamietinnössä maaseudun terveydenhuollosta. Talvisodan jälkeen niitä rakennettiin Ruotsista saatujen lahjoitusvarojen turvin raja-seudulle. Terveystalo suunniteltiin kunnan terveydenhoidollisen valistuksen ja toiminnan keskuksiksi.¹¹²¹ Palautettuun Karjalaan pystytettiin vuosina 1942–43 yhdeksän terveystaloa, joista ensimmäinen vihittiin käyttöön Käki-salmessa joulukuussa 1942.¹¹²²

¹¹¹⁷ Lopullisen päätöksen avustuksen myöntämisestä teki Suomen Huollon johtokunta SHTMK:n esityksen perusteella. Vuonna 1950 SHTMK:n toiminnan loputtua päätökset siirtyivät SPR:n piirihallituksille. Pk 30.3.1950. Ca 7, SHTMK, SH, JyMA.

Mannerheim-liiton terveystalovaliokunnan jäsenenä olivat professori Arvo Ylppö, pj., terveyshuollon apulaistarkastaja Else Kalmari, lääk.lis. Paavo Kuusisto, terveydenhuollontarkastaja Sigrid Larsson, arkkitehti Erkki Linnasalmi, tarkastaja Tyyne Luoma, kanslianeuvos Erik Mandelin, talouspäälikkö Uno Paano ja tarkastaja Kersti Vuorjoki. Toimintakertomus 1950. Dc: 1, MLL, KA.

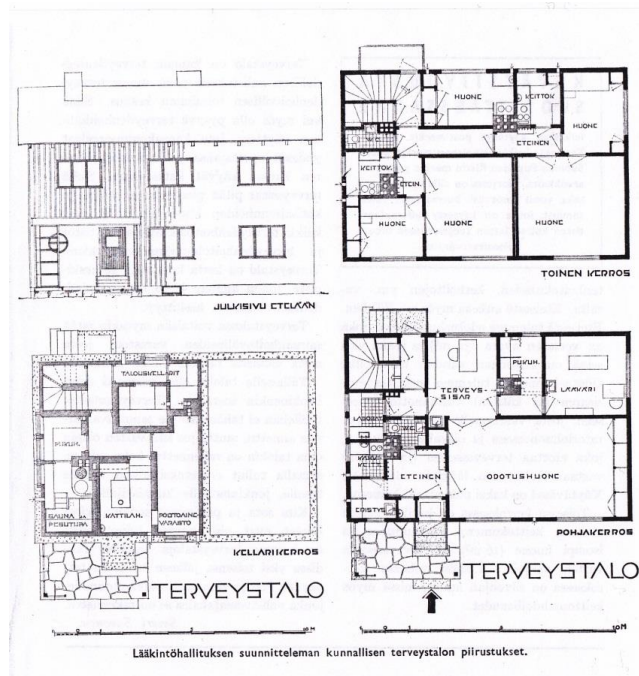
¹¹¹⁸ Pk 17.9.1946. Ca 6, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹¹⁹ Esim. Korppi-Tommola 1990, 153–158.

¹¹²⁰ Terveystalot ovat kuitenkin herättäneet viime vuosina kiinnostusta jälleenrakennusarkkitehtuurin tyyppiesimerkkeinä. Vuonna 2014 ilmestyi Museoviraston rahoittama Teija Aholan laatima tutkimus terveystaloista ja kunnanlääkärintaloista osana terveydenhuoltorakentamiseen paneutuvaa TEHO-teemahanketta. Ahola 2014. TEHO -hankkeen tutkimukset löytyvät Museoviraston Rakennettu hyvinvointisivustoilta. Verkkolähde.

¹¹²¹ Komiteanmietintö 1939:9, 66–67.:26.11.1940, *Lahti, Aamulehti, Satakunnan Kansa ja Turun Sanomat*. Ua 20, MLL, KA.

¹¹²² Talot oli lahjoittanut göteborgilainen tehdaslaitos *Ericssbergs Mekaniska Verkstad* Suomen marsalkka Mannerheimille, joka sitten lastensuojeluliiton välityksellä on luovuttanut ne terveystaloiksi



Kuva 10 Terveystalon tyyppipiirustus 1943. Lähde: Savonen, THL 1943, 137.

Lääkintöhallitus laati ensimmäisen terveystalojen mallipiirustuksen, jonka Severi Savonen esitteli *Terveystalolehdessä* vuonna 1943. Oheisen kuvan kaltaisia terveystaloja Suomeen nousi satoja. Kolmikerroksisessa rakennuksessa, jonka kerrospinta-ala oli noin 100 m², oli yläkertaan sijoitettu kaksi pientä kaksiota hoitajille, keskikerrokseen vastaanottotilat ja kellarikerrokseen sauna ja pesutupa.¹¹²³ Myöhemmin Mannerheim-liiton terveystalotoimikunta laati lisää tyyppitalopiirustuksia. Yhteensä niitä laadittiin valiokunnan toiminta-aikana viiteen eri tyyppiterveystaloon.¹¹²⁴

Terveystaloajatus lienee jo sotavuosina tullut tutuksi kunnallisväelle, joka sodan päätyttyä joutui kehittämään neuvolatyötä. Vuosina 1940–1944 pystytetyt 47 terveystaloa oli kaikki rakennettu lahjoitusvaroin, joten tuntui luon-

juuri Laatokan-Karjalaan ja Karjalan Kannakselle. 18.12.1942, *Uusi Suomi*, UA, MLL, KA. Talot rakennettiin Käkisalmen kaupunkiin, Salmin, Muolaan, Koiviston, Suojärven, Kuolemajärven, Kan-neljärven, Uudenkirkon ja Soanlahden kuntiin. Ahola 2014, 25.

¹¹²³ *Terveystalolehti* 1943, 136–138.

¹¹²⁴ Vuoden 1946 aikana valmistuivat kolmet terveystalon tyyppipiirustukset, suunnittelijoina arkkitehdit Erkki Linnasalmi ja Bertel Saarnio. Terveysvaliokunta teetti tyyppipiirustusten lisäksi työ-, erikois- ja rakennepiirustukset, tarveainemenekkilaskelmat ja työselitykset. Tyyppipiirustusten jake-lukanavina toimivat SPR:n piirit, lääninlääkärit ja Mannerheim-liiton paikallisosastot. Neuvolatilojen kalustuksen asianmukaista toteutusta varten suunniteltiin neuvolakalusto. Sovepuun valmistamaa kalustoa ja sen yksittäisiä esineitä kehitettiin jatkuvasti niin, että ne ”yhdessä hyvin ja asianmukaisesti suunnitellun rakennuksen kanssa muodostivat asiallinen ja esteettisen kokonaisuuden”. vuosina 1946–1952 rakennetuista noin 500 terveystalosta tyyppipiirustuksia käytettiin noin 290:ssä, joko sellaise-naan tai hieman muunneltuna. Ahola 2014, 19, 60.

tevalta odottaa sodan jälkeenkin avustuksia tähän tarkoitukseen. Valtio osallistui lakisääteisesti henkilökunnan kuluihin sekä välineistön hankintaan ja ylläpitämiseen, mutta neuvolahuoneisto sekä kättilön ja terveyssisaren asunot olivat kuntien vastuulla.¹¹²⁵

Valtaosa palautettuun Karjalaan ja Kanta-Suomen rajaseutukuntiin rakennetuista terveystaloista tuhoutui viimeisen sotavuoden aikana tai jäi rajan taakse. Lapin läänissä tilanne oli vaikein, suorastaan katastrofaalinen. Läänin johtavan terveyssisaren Ebba Tiihosen vuosikertomuksen mukaan Lapin sodan aikana 25 neuvolasta hävitettiin 14, ja jäljellä olevista oli neuvolakalustot osaksi tuhottu.¹¹²⁶ UNRRA:n varoilla rahoitettiin vuoteen 1951 mennessä 15 terveystaloa Lapin läänissä ja 10 terveystaloa Oulun läänissä kuntien osallistuessa rakennuskustannuksiin suurin piirtein samalla summalla. Ainoastaan Sodankylän Syväjärven terveystalo rakennettiin pelkästään UNRRA:n varoilla.¹¹²⁷ Kunnat laativat terveystalon rakentamisesta UAT:n kanssa sopimuksen, jonka mukaan kunta sitoutui käyttämään terveystaloa jatkuvasti alkuperäiseen tarkoitukseensa kymmenen vuoden ajan.¹¹²⁸

Terveystalorahaston hallinnointi oli monimutkaista, sillä varoja tuli monelta taholta. Käytännössä kuntien anomukset käsiteltiin Mannerheim-liiton toimikunnassa, jonka puheenjohtajana toimi professori Arvo Ylppö ja sihteerinä Suomen Huollon ylilääkäri Paavo Kuusisto.¹¹²⁹ Luultavimmin UNRRA-alueen terveystaloonanomukset käsiteltiin samassa toimikunnassa, sillä Paavo Kuusisto vastasi myös UAT:n terveystalokysymyksistä. Lopulliset päätökset avustusrahoista tehtiin UNRRA:n suhteen UAT:ssa ja SIH-varojen suhteen Suomen Huollossa. On kuitenkin muistettava, että samat henkilöt istuivat kaikissa näissä toimikunnissa, joten ulospäin byrokraattiselta vaikuttava järjestelmä toimi joustavasti eikä harkintaprosessista jäänyt paljoakaan paperijälkeä. Jälkeenpäin on arkistomerkintöjen perusteella vaikea arvioida, milloin kukin vastuuhenkilö edusti mitäkin järjestöä ja milloin hän esiintyi valtion virkamiehenä.¹¹³⁰

Mannerheim-liiton Kangasniemen paikallisosaston anomuksesta loka-kuulta 1946 käy selvästi ilmi, että kunnan menoissa terveystalon rakentamiskustannusten osuus oli vähäinen.¹¹³¹ Mahdollisesti ”kunnanisien” prioriteetit olivat muualla kuin ehkäisevässä terveydenhuollossa. Perusteluosassa osasto kertoi, että pitäjässä ei ollut asuntopulan vuoksi yhtään terveyssisarta. Neu-

¹¹²⁵ Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 31.3.1944 no 224.

¹¹²⁶ Läänien terveyssisarten vuosikertomukset 1943–1945, Ebk1, LKHV, KA.

¹¹²⁷ UNRRA-rahojen käytöstä 1949. 111–16 kirjeenvaihto 1949–56. UAT, UAM; Liite: Lapin läänin terveystalotilanne maaliskuussa 1951. Hh:12, MLL, KA.

¹¹²⁸ Kirjeenvaihto 1947–48, 111–15 UAT, UAM.

¹¹²⁹ Lopullisen päätöksen avustuksen myöntämisestä teki Suomen Huollon johtokunta SHTMK:n esityksen perusteella. Vuonna 1950 SHTMK:n toiminnan loputtua päätökset siirtyivät SPR:n piirihallituksille. Pk 30.3.1950. Ca 7, SHTMK, SH, JyMA.

Terveystalovalioikunnan jäseninä olivat professori Arvo Ylppö, pj., terveyshuollon apulaistarkastaja Else Kalmari, lääklis. Paavo Kuusisto, terveydenhuollontarkastaja Sigrid Larsson, arkkitehti Erkki Linnasalmi, tarkastaja Tyne Luoma, kanslianeuvos Erik Mandelin, talouspäällikkö Uno Paano ja tarkastaja Kersti Vuorjoki, Toimintakertomus 1950. Dc 1, MLL KA.

¹¹³⁰ SHTMK:n ja UAT:n pöytäkirjat vuosina 1944–1950.

¹¹³¹ Valtioapua ei saatu neuvolarakennuksen pystyttämiseen.

volalla oli käytössään vain yksi huone ja keittiö. Koululääkärin toiminta jäi ilman terveyssisarta puutteelliseksi. Kunnassa oli 22 koulua ja asukasluku 11 000, joten ”kolmelle terveyssisarelle olisi täällä riittävästi työmaata”. Osaston rakennustoimikunta oli päättänyt rakentaa terveystalon, ja rahaa osastolla oli käytössä 300 000 markkaa (kunnalta oli saatu 100 000 markkaa). Pohjana oli lääkintöhallituksen mallipiirustus, jonka mukaan rakennuskustannukset olisivat 1,5–2 miljoonaa markkaa. Avustusta toivottiin, sillä Kangasniemen kunnalla oli valtava rakennusohjelma toteuttamatta, suunnitelmassa oli kuusi kansakoulua, joihin kunnan oli lähivuosina koottava varoja noin 30 miljoonaa markkaa. Kunnan ainoa vararahasto, metsämaat, oli varattu asutustoimintaan. Anottiin 500 000 mk, puuttuvat varat oli tarkoitus lainata.¹¹³² Myös kunnanlääkärit liittivät suosituskirjeitä anomuksiin. Rantasalmen kunnanlääkärin mukaan terveydenhoidolliset olot Rantasalmen kunnassa olivat ”pöyristyttävän huonot”, ja voitiin vain toivoa, että terveydenhuollon järjestely tulisi ”kantamaan hedelmää”.¹¹³³

Terveystaloprojektin mainostajana julkisuudessa esiintyi Suomen Huollon ylilääkäri Paavo Kuusisto, joka oli toiminut vuodesta 1940 lähtien kokopäivätoimisena SHTMK:n sihteerinä ja oli myöskin Mannerheim-liiton terveystalotoimikunnan jäsen. Terveystaloanomusten tulva oli luonnollisesti ilahduttava, ja Paavo Kuusisto saattoikin maaherroille pitämässään puheessa lokakuussa 1948 todeta, että kun vuosikymmenien kuluttua monet avustumuodot jo olisivat unohtuneet, seisoisivat jäljellä näkyvimpinä muistomerkeinä ne lasten terveyden ja lastenhuollon hyväksi pystytetyt laitokset, joiden aikaansaaminen oli joko kokonaan tai osalta riippunut siitä ”auttamishalusta, jonka hedelmien olemme sotien aikana ja niiden jälkeen nähneet niin runsain mitoin kypsyneen sekä ulkomailta että kotimaasta saatuina lahjoituksina”.¹¹³⁴

Mutta niin kävi, että rahat loppuivat kesken, ainakin 50 miljoonaa markkaa puuttui.¹¹³⁵ Vuoden 1948 loppuun mennessä myönnetty 339 terveystalolle 146 380 000 markkaa.¹¹³⁶

”Sokerikruunurahat” avuksi

Tyhjentyvän terveystalokomitean kassan pelastukseksi tulivat vuonna 1947 niin kutsutut sokerikruunurahat eli Ruotsin kummikuntien lahjoitusten avulla ja valtiovallan siunauksella aloitettu hyväntekeväisyysmyynti. Pohjana oli jo vuonna 1943 alkanut Mannerheim-liiton kummikuntatoiminta, joka oli toiminnanjohtaja Mandelinin kuningasajatus. Kaikille suomalaisille kunnille

¹¹³² Kangasniemen M-liiton paik. osasto 23.10.46, Hh:12, MLL, KA.

¹¹³³ Kunnanlääkäri T. Brunila 29.10.1946, Hh:12, MLL, KA.

¹¹³⁴ Pk 20.10.1948. Ca 6, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹³⁵ Pk 20.10.1948. Ca 6, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹³⁶ Vk 1948. Db SHTMK, SH, JyMA.

haettiin Ruotsista oma kumminsa, ja näin kunnan asukkaat saattoivat suorittaa lahjoituksia suoraan suomalaiselle kummikunnalleen.¹¹³⁷

Heinä-elokuussa 1947 aloitetussa sokerikruunutoiminnassa Mannerheim-liitto sai kummikunnilta ja muilta tahoilta lahjaksi saamallaan kruunuilla ostaa Kansanhuoltoministeriöltä palasokeria, jota se möi korkeaan hintaan säännöstelyn ulkopuolella. Parhaimmillaan jokaisesta ”sokerikruunusta” saatiin 775 markkaa virallisen kurssin ollessa 37,70 markkaa. Sokerin vapauduttua säännöstelystä vuonna 1948 siirryttiin kahviin. Vuosina 1948 ja 1949 myyntiartikkeleina olivat muiden muassa kahvi, Nes-kahvi, suklaa, kardemumma ja riisi, joille lahjavaluuttaa vastaan saatiin asianmukaiset tuontilisenssit. Osa myytiin tavallisissa liikkeissä, osa suoraan liiton kansliasta. Monet muutkin huoltojärjestöt seurasivat esimerkkiä.¹¹³⁸

Ongelmaksi muodostui lahjoitusten epätasaisuus: suuret kaupungit olivat aivan omassa luokassaan. Huomiota herätti vuonna 1947 Vaasan kaupunki, jonka kummikaupungin Malmön lahjoittamien kruunujen sokerimyyntin tuotto oli 70 miljoonaa markkaa.¹¹³⁹ Lahjoitus oli samalla kunnianosoitus Vaasasta kotoisin olevalle, 60 vuotta täyttävälle liiton kansliapäällikkö Erik Mandelinille. Rahoilla pystytettiin Malmöntalo, talokompleksi, johon tuli neuvola, lastenseimi ja –tarha ruotsinkielistä ja suomenkielistä väestönosaa varten sekä henkilökunnan asuntoja.¹¹⁴⁰ Talot nimettiin ruotsalaisen lahjoittajakunnan mukaan: esimerkiksi Mikkeliin tuli Boråsin talo, Hankoon Halmstadin talo ja Joensuuhun vuonna 1948 valmistunut Gävlenlinnan talo.¹¹⁴¹

Lapin läänin maaherra Hannula vaati Suomen Huollolle esittämässään valituksessa kummikuntatoiminnasta saatujen tulojen tasaamista, sillä hän piti toimintaa epäoikeudenmukaisena syrjäseutuja ja Lappia kohtaan. Suomen Huollon vastineessa todettiin kuitenkin, että Lapin lääni oli saanut huomattavia avustussummia jo UNRRA:n kautta ja että kummikuntarahoja ei pystytty tasaamaan, sillä kyseessä olivat suorat lahjoitukset Mannerheim-liiton vain toimiessa välittäjänä.¹¹⁴²

Mannerheim-liitto oli suurin hyväntekeväisyysmyyntin harjoittaja. Myyntiä olivat harjoittaneet hyväntekeväisyysyhdistysten lisäksi muiden muassa ylioppilaskunnat ja jopa puolueet.¹¹⁴³ Pääsääntöisesti tullittomaan ja verottomaan myyntiin alkoi liittyä monenlaista pientä vilppiä ja epäselvyyttä.

¹¹³⁷ Luvussa 6.4 selvitetiin, kuinka Impilahden kunta sai vuonna 1943 ruotsalaisen Vemmenhögn kunnan lahjoittamilla varoilla palkattua kuntaan kodinhoitajan. MLL, Impilahti, KA; kummikuntaliikkeestä kts. tarkemmin Korppi-Tommolan väitöskirja *Ystävyttä yli Pohjanlahden* 1981.

¹¹³⁸ Esim. Koteja kodittomille lapsille r.y. Lasten päivä ja Folkhälsan. Sosiaaliministeriön asettaman komitean hyväntekeväisyysmyyntiä koskeva tutkimus 1951. Muut asiakirjat MLL kummikuntavaliokunta, KA.

¹¹³⁹ Muistio Mannerheim-liiton myyntitoiminnasta vuosina 1946–49. Muu aineisto, MLL kummikunta-valiokunta, KA; Korppi-Tommola 1990, 113.

¹¹⁴⁰ Korppi-Tommola 1990, 156; Korppi-Tommola 2008 KB. Talo on edelleen käytössä ja siinä sijaitsevat nykyään muiden muassa lasten päiväkotit, turvakoti, hammashoitola ja Vaasan partiotyttöjen kolo. Malmöntalo. Verkkolähde.

¹¹⁴¹ Korppi-Tommola 1990, 156.

¹¹⁴² Pk 3.2.1948 ja 21.2.1948 Ca6, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹⁴³ SDP:n puoluerahoituksesta ja hyväntekeväisyysmyynnistä vuosina 1945–54. Majander 2007.

Lisäksi epäiltiin, että valtio menettäisi tulli- ja liikevaihtoverotuloja kohtuuttomasti ja että kalliit ylellisyystarvikkeet kiihdyttäisivät jo muutenkin nopeasti laukkaavaa inflaatiota. Tämän vuoksi sosiaaliministeriö asetti asiaa tutkimaan komitean, jonka mietintö julkaistiin vuonna 1951. Kyselylomakkeet lähetettiin 140 eri järjestöille, joiden tiedettiin harjoittaneen hyväntekeväisyysmyyntiä. Vastauksista selvisi, että myynnin nettotulot 1949 mennessä olivat 5, 2 miljardia markkaa.¹¹⁴⁴

Suomen Huollon, SPR:n ja Mannerheim-liiton osuus koko sokerikruunumyynnistä oli 3 miljardia markkaa eli noin 55 prosenttia. Mitään varsinaisia väärinkäytöksiä ei Mannerheim-liiton kohdalla havaittu, ainoastaan sokerikruunujen suhteen oli havaittu ”kevytmielisyyttä”. Paikallisosastoille oli luvattu isoja tuloja, joita ei sitten saatukaan sokerin hinnan laskettua, mistä aiheutui paljon julkisuuteen purkautunutta tyytymättömyyttä. Alaosastoihin oli myös kohdistunut heikko tai olematon valvonta, ja varojen käytöstä oli paikallisesti syntynyt kiistaa.¹¹⁴⁵ Mannerheim-liitto oli vuoden 1949 loppuun mennessä osallistunut 448 600 000 markalla 261 terveystalon rakentamiseen.¹¹⁴⁶

Terveystalot rakennettiin Mannerheim-liiton paikallisosastojen ja kuntien välisenä yhteistyönä. Rahat kerättiin mistä saatiin, mutta kunnan osuus projektin loppuun saattamisessa oli lopulta ratkaiseva. Lemminkäinen kunta on tyypillinen esimerkki terveystaloprojektin etenemisestä. Lappeenrannan vieressä sijaitsevassa Lemminkäisen kunnassa Mannerheim-liiton paikallisosasto oli perustettu jo vuonna 1928. Osaston puheenjohtajaksi valittu opettaja Antti Pajula ehti toimia tehtävässään yhtäjaksoisesti yli 40 vuotta. Vuodesta 1940 alkaen osasto ylläpiti äitiysneuvolaa aluksi kunnantuvalla, sitten entisen suojeluskuntatalon varastossa ja lopuksi osuusliikkeen talossa. Osasto ja Lemminkäinen kunta saivat yhdessä Suomen Huollolta alkurahoituksen terveystalon rakentamista varten, ja Mannerheim-liitolta hankittiin tyyppipiirustukset. Vuonna 1947 pidettiin pitäjällä hirsitalkoot, josta ”puita kertyi melko runsaasti”. Ruotsin Hallannin läänissä sijainneelta seitsemältä kummikunnalta saatuja varoja käytettiin rakentamiseen. Sisustustöiden ollessa vielä kesken vähävarainen osasto anoi kuntaa saattamaan rakennustyön loppuun. Osaston osuus kustannuksista oli noin yksi kuudesosa kunnan maksaessa loput. Osasto luovutti terveystalon Lemminkäisen kunnalle sen valmistuttua vuonna 1951.¹¹⁴⁷

¹¹⁴⁴ Määrällisesti myytiin eniten kahvia 2,6 miljoonaa kiloa, hedelmiä 3 miljoonaa kiloa, sokeria 1,7 miljoonaa kiloa, makeisia noin 2 miljoonaa pakkausta, savukkeita 282 000 rasiaa, mutta myös yli 0,5 miljoonaa paria silkki/nylonsukkia, 14 000 kpl huulipunia, 56000 silkkihuivia ja 483 henkilöautoa. Sosiaaliministeriön asettaman komitean hyväntekeväisyysmyyntiä koskeva tutkimus 1951. Muut asiakirjat MLL kummikuntavaliokunta, KA.

¹¹⁴⁵ Tästä summasta 333 000 miljoonaa markkaa päätyi terveyden- ja sairaanhoitoon sekä invalidien tukemiseen (SPR kokonaisuudessaan) ja hyväntekeväisyys- ja aatteellisten yhdistysten (Mannerheim-liitto ja SH) tukemiseen 2,9 miljardia mk. Sosiaaliministeriön asettaman komitean hyväntekeväisyysmyyntiä koskeva tutkimus 1951. Muut asiakirjat MLL kummikuntavaliokunta, KA.

¹¹⁴⁶ Sosiaaliministeriön asettaman komitean hyväntekeväisyysmyyntiä koskeva tutkimus 1951. Muut asiakirjat MLL kummikuntavaliokunta, KA.

¹¹⁴⁷ MLL Lemminkäisen paikallisosaston historia. Verkkolähde.



Kuva 11 Tuusniemen terveystalo valmistui vuonna 1945. Talo on kunnostettu ja suojeltu ja toimii nykyään lasten päiväkotina. Henkilökohtainen tiedonanto Antti Holopainen. Kuva Pekka Kyytinen 1950. Museoviraston kuvakokoelmat.

Terveystaloprojekti saatettiin loppuun 1950-luvun puoliväliin mennessä, jolloin oli valmistunut 575 terveystaloa. Lääkintöneuvos Kaprion mukaan muissa Pohjoismaissa ei terveystalojärjestelmää Suomen kaltaisessa muodossa ja laajuudessa lainkaan esiintynyt. Terveystaloja oli Suomessa jo lukuisissa syrjäisissäkin kunnissa, joissa ne Kaprion mukaan ajanmukaisina, siisteinä ja puhtaina olivat omiaan luomaan ”luottamusta nykyajan sosiaalisen työn ja lääketieteen tarjoamaan apuun” yhtä hyvin terveydestään huolehtiville terveille kansalaisille kuin sairaillekin.¹¹⁴⁸

Taulukko 25. Terveystalojen rahoitus vuosina 1947–1955.

Maksaja	Prosenttiosuus
Kunnat	59,5
Mannerheim-liitto	27,5
Suomen Huolto	7,8
UNRRA	2,8
SPR	1,2
Valtio	1,2
Yhteensä	100

Lähde: Siivola 1985, 93–94.

¹¹⁴⁸ Leo Kaprio *Uusi Suomi* 14.1.56. Ua 36, MLL, KA.

Lahjoitusten muiston vaalimiseksi Suomen Huollon johtokunta päätti lahjoittaa jokaiseen SH:lta avustusta saaneeseen terveystaloon kiinnitettävän kuvanveistäjä Savikurjen suunnitteleman kilven ”Ruotsin kansa avusti tämän talon rakentamista, lahjan välitti Suomen Huolto r.y.”¹¹⁴⁹

Mannerheim-liiton eli kummikuntien lahjoitusten avulla harjoitetun hyväntekeväisyysmyynnin osuus terveystalojen rahoituksessa oli koko maassa 27,5 prosenttia. (taulukko 25) Kunnat olivat kuitenkin koko maassa suurimpia rahoittajia, Näin oli laita myös Lapin läänissä, jossa taas UNRRA ja Suomen Huolto olivat vahvasti tukeneet terveystalojen rakentamista. Valtio ei käytännössä osallistunut lainkaan terveystalojen rakennuskustannuksiin.¹¹⁵⁰

Taulukko 26. Kuntien ja terveystalojen lukumäärät vuonna 1955.

Piiri	Kunnat	Terveystalot
Uusimaa	47	23
Varsinais-Suomi	62	53
Satakunta	43	35
Häme	65	74
Kymi	35	43
Mikkeli	33	36
Pohjois-Savo	28	40
Karjala	25	37
Pohjanmaa	45	52
Keski-Suomi	31	36
Oulu+Kainuu	68	44
Lappi	24	34
Åboland	10	14
Åland	16	21
Svenska Österbotten	32	33
Koko maa	564	575

Lähde: Hh:12, MLL, KA; Ebk5, LKHV, KA.

Taulukossa 26 nähdään terveystalojen lukumäärä vuonna 1955 SPR-piireittäin.¹¹⁵¹ Monilla alueilla oli terveystaloja enemmän kuin kuntia, esimerkiksi Pohjois-Savossa on 28 kuntaan rakennettu 40 terveystaloa. Ruotsinkielisellä Pohjanmaalla Folkhälsanin toiminta oli aktiivista ja terveystaloja rakennettiin myös siellä kummikuntavaroilla. Vuonna 1949 Vaasan ruotsinkielisen piirin johtavan terveyssisaren Ruthe Halvarin mukaan 30 kunnassa ja kaikissa kaupungeissa oli kiinteät neuvolat, kuudessa kunnassa oli terveystalo ja useammassa kunnassa on terveystalohanke meneillään.¹¹⁵² Folkhälsanilla oli lisäksi kaksi ruotsalaisin lahjoitusvaroin hankittua terveystaloa, *Gullkronan* ja *Lyckoslanten*, jotka kiertelivät saaristokunnissa vuosina

¹¹⁴⁹ 10.2.1949 Pk. Ca: 7, SHTMK, MMA.

¹¹⁵⁰ Siivola 1985, 93–94; Hh 12, MLL, KA. Kts. liitetaulukko 7 Lapin terveystaloista.

¹¹⁵¹ Hh:12, MLL, KA.

¹¹⁵² Läänen terveyssisarten vuosikertomukset 1949, Ebk5, LKHV, KA.

1947–1970 tehden terveystarkastuksia, tuberkuloosiseulontaa ja harjoittaen hammashoitoakin.¹¹⁵³

Tupakkalahjalla lastensairaala

Sodan jälkeen lastensairaalaapaikkojen tarve oli huutava. Vielä vuonna 1947 koko Pohjois-, Keski- ja Itä-Suomi oli ilman lastenlääkäreitä ja ilman lastensairaala. Helsingin yliopistollisen Lastenklinikan vuonna 1941 alkanut rakennusprojekti saatiin päätökseen vasta vuonna 1946. Keskussairaaloihin rakennettavat lastenosastot avattiin 1950-luvulla.¹¹⁵⁴

Valtiolta ei liiennyt välittömästi sodan jälkeen varoja lastensairaaloiden perustamiseen. Lahjoitusvaroilla ja kunnallisella rahoituksella rakennettiin terveystalojen lisäksi myös lastensairaaloita, ilman että valtio osallistui kustannuksiin. Mannerheim-liitossa tuettiin erityisesti uuden Helsingin Lastenlinnan rakentamista mammuttimaiseksi muistomerkiksi ja kunnianosoitukseksi professori Ylpölle. Sairaalan rakentamista varten oli SIH-rahastosta jo myönnetty 20 miljoonaa markkaa. Perusteena oli laitoksen suuri merkitys koko maalle lastenhoitajien koulutuksessa ja heikkojen lasten hoitopaikkana.¹¹⁵⁵

Mannerheim-liiton uusi Lastenlinna pystytettiin yliopistollisen Lastenklinikan viereen. Talvisodan keskeytettyä rakentamisen työhön päästiin palaamaan vasta rauhan tultua. Rahat kerättiin kotimaisilla keräyksillä ja hyväntekeväisyyskonserteilla, mutta suurin lahjoitus tuli kuitenkin Ruotsista, jonka avulla sairaala vihdoin valmistui vuonna 1948.¹¹⁵⁶

Helsingin Lastenlinna toimi esikuvana lahjoitusvaroilla toteutettaville lastensairaalahankkeille, jotka toteutuivat pitkälti SPR:n piirihallitusten kautta. Vuonna 1950 valmistuneen Kuopion Lastenlinnan rahoitus tuli muun muassa sokerikruunuista ja SIH-varoista, mutta myös Sveitsin Don Suisse teki huomattavan lahjoituksen. Ulkomaisten lahjoittajien kannalta syrjäisten seutujen tukeminen oli tärkeää: Kuopion Lastenlinna tuntui Helsingin Lastenlinnaa tähdellisemmältä lahjoituskohteelta.¹¹⁵⁷ Vuonna 1951 valmistuneen Åbolands Borgin (Turunmaan sairaalan) rakentaminen käynnistyi Ruotsin Punaisen Ristin lahjoittamilla varoilla. Hankkeen taustalla oli Turun kummi-

¹¹⁵³ Steinby 1998, 95–105.

¹¹⁵⁴ Tuuteri 1993, 50–59. Keskussairaалalain hyväksyminen 1943 antoi alkusysäyksen koko maan kattavan sairaalaverkon rakentamiselle, mutta varsinaiset rakennushankkeet käynnistettiin vasta 1950-luvun alussa. Keskussairaalaverkoston rakentaminen aloitettiin alueilta, jotka olivat sairaanhoidon osalta jääneet pahimmin muista alueista jälkeen. Ensimmäiset keskussairaalat Joensuuhun, Jyväskylään, Savonlinnaan, Lappeenrantaan ja Vaasaan valmistuivat vuosina 1953–1955. Lehtimäki 2014, 10–14 Verkkolähde.

¹¹⁵⁵ Pk 2.6.1947. Ca 6, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹⁵⁶ Jean Sibelius esimerkiksi ehdotti konsertin järjestämistä, jossa esitettiin ensimmäisen kerran Sibeliuksen sovittama ja Mannerheim-liitolle omistama Jacob de Julinin teos *Morceau romantique*. Teoksen käsikirjoitus huutokaupattiin ja siitä saatiin rahaa Lastenlinna-hankkeelle. Sairaala myytiin Helsingin Lastenlinnan kuntainliitolle vuonna 1967. *Lastemme* –lehti 2/2010, 42–43; Korppi-Tommola 1990, 149–152; Henttonen 2009, 120–124.

¹¹⁵⁷ Savon Lastenlinna 1950. Ua 30, MLL, KA; Kuusisto pk 2.6.1947 Ca5 SHTMK, SH, JyMA.

kaupunki Göteborg. Projektilla laajeni sairaanhoitokeskukseksi, mutta ensimmäisenä toteutettiin lastenosasto ja synnytysosasto vuonna 1951.¹¹⁵⁸



Kuva 12 Lapin lastensairaala vihittiin käyttöön vuonna 1952. Kuvalla liittyy mahdollisesti avajaisiin, sillä saloissa liehuvat ainakin Ruotsin, Norjan, Sveitsin ja Punaisen Ristin liput. *Kuva Lapin sairaanhoitopiiri.*

Suurin vääntö käytiin Rovaniemelle rakennetusta Lapin Lastensairaala. Asian tiimoilta käytiin tiukkaa keskustelua jo vuonna 1947, jolloin maaherra Hannula suutuspäissään tokaisi: ”Jos valtiolla on varaa rakentaa vanhusten sekä vajaaälyisten hoitolaitoksia, joita suunnitellaan Rovaniemelle ja Pelloon, on nurinkurista, ettei niitä riitä Lastensairaallalle”.¹¹⁵⁹ Rovaniemelle oli valmistunut vuonna 1939 uusi lastenkoti, jonka muuttamisen sairaalaksi talvisota keskeytti. Vuonna 1947 SPR:n Lapin piiri teki aloitteen oman Lastenlinnan saamiseksi Lappiin. Sairaalan rahoitus kuvaa aikakauden tyypillistä tilannetta, jossa varat piti kerätä monesta lähteestä. Ensimmäiset lahjavarat, miljoonaa markkaa saatiin jo vuonna 1946 Islannin lapsilta. SPR:n Lapin piirin Norjasta saadun lahjatupakan tuotto varattiin Lastenlinnaa varten.

Kun rakennustyöt vuonna 1949 käynnistyivät, SPR ja Rovaniemen kaupunki perustivat *Lapin Lastenlinna Oy*-nimisen kiinteistöyhtiön. UNRRA ja UAT olivat tärkeitä tukijoita. Hankkeeseen osallistuneet tahot on kerätty taulukkoon 27, josta ilmenee, kuinka vaikeaa jälleenrakennusaikana oli käynnistää suuri rakennushanke ilman valtion tukea.¹¹⁶⁰ Syyskuussa 1952 käyttöön vihityn sairaalan 100 hoitopaikkaa muodostuivat kolmesta eri hoitolaitoksesta: lastensairaala (50 paikkaa), tuberkuloositartunnan saaneiden lasten

¹¹⁵⁸ Lastensairaalat siirtyivät 1960-luvulla kunnallisiksi laitoksiksi osaksi paikallista keskussairaala. *Åbo Underrättelser* 20.5.1951, Ua 31, MLL; Bryggman: Turunmaan sairaala. Verkkolähde.

¹¹⁵⁹ Pk 29.10.1947 Ca5, SHTMK, SH, JyMA.

¹¹⁶⁰ *Suomen Punainen Risti* 1/1951, 22.

suojakodista¹¹⁶¹ (30 paikkaa) ja lastenkodista (20 paikkaa). Sairaalan keskoskaapit oli saatu lahjoituksena UNICEF:ilta. Potilaista huomattava osa sairasti tuberkuloosia, sillä 1950-luvun Lapissa tuberkuloottiset aivokalvontulehdukset olivat vielä arkipäivää. Sairaala oli kaksi ensimmäistä vuotta SPR:n omistuksessa, minkä jälkeen se siirtyi kuntainliiton haltuun. Lastensairaala yhdistettiin vuonna 1967 Lapin keskussairaalaan.¹¹⁶²

Taulukko 27. Lapin lastensairaalan rahoitus vuosina 1946–1950.

Lahjoittaja/sijoittaja	Muoto	Rahasumma
Islanti	Rahalahjoitus	1 000 000
Norja	Lahjatupakka	Ei ilmoitettu
SPR keskushallitus ja Lapin piiri	Sijoitus kiinteistöyhtiöön	30 000 000
Rovaniemen kaupunki	Lastenkotirakennus	20 000 000
Sodankylän M-osasto + Sodankylän kunta	Rahalahjoitus	1 000 000
Kittilän M-osasto	Rahalahjoitus	1 000 000
UAT	Rahalahjoitus	10 000 000
Kveekarit	Rahalahjoitus	5 000 000
Sveitsin Punainen Risti	Putkimateriaali	800 000
UNRRA-rahasto	Velkakirja	27 000 000
Rajaseudun ystävät	”Lapin Joutsen”-adressien myyntituotto kalustusta varten	500 000

Lähde: Suomen Punainen Risti 1951, 22.

Kilpailuhenkeä – kuka ehtii ensin?

Lasten terveydenhuollon hyväksi lahjoitettujen varojen suuruusluokkaa on erittäin vaikea arvioida, sillä Suomen inflaation vuoksi hintataso oli tukkuhintaindeksillä mitaten noussut vuosina 1938–51 lähes 16-kertaiseksi.¹¹⁶³ Suomen Huollon virallisen historiikin mukaan järjestön Ruotsista välittämä apu vapaaseen huoltotoimintaan oli varovaisestikin arvioiden yli miljardi markkaa vuosina 1941–1949.¹¹⁶⁴ Aura Korppi-Tommola on esittänyt joitakin lukuja Mannerheim-liiton vuosittaisten kulujen suhteesta paikallisiin julkisiin sosiaali- ja terveydenhuoltomenoihin. Vuonna 1945 summa oli 94 miljoonaa markkaa, noin puoli prosenttia paikallisista terveys- ja sosiaalimenoihin. Vuonna 1956 summa oli 470 miljoonaa markkaa, noin kaksi prosenttia paikallisista sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin.¹¹⁶⁵

Siitä huolimatta, että lahjoitusten rahallinen arvo oli huomattava, avustusrahojen tärkein merkitys oli aikalaisten mielestä siinä, että ne toimivat

¹¹⁶¹ Tuberkuloositartunnan saaneiden lasten suojakotiin otettiin hoitoon lapsia, joilla oli heikko yleiskunto ja huonot kotiolot. Hoitoajaksi suunniteltiin noin 3–6 kuukautta. Tämän jälkeen lapsi palasi kotiin, tai siirtyi lastenkotiin, jos kotiolot olivat sellaiset, ettei lapsia ilman ”vakavaa uudelleen sairastumisen vaaraa voida lähettää kotiin”. *Suomen Punainen Risti* 2/1950, 27, 40.

¹¹⁶² *Suomen Punainen Risti* 1/1951, 22; *Suomen Punainen Risti* 10/1952, 138–140.

¹¹⁶³ Valvanne 1952, 6–7.

¹¹⁶⁴ *Keskitetty vapaa huoltotyö 1949*, 100.

¹¹⁶⁵ Korppi-Tommola 1990, 112–113.

pontimena ja kannustuksena terveystalojen pystyttämiseksi. Terveystalot eivät sinänsä olleet kovin kalliita rakennuksia, mutta lasten terveysneuvonta ei ollut jälleenrakennuskaudella kunnanisien mielessä päällimmäisenä. Kerrotaan, että kuntien välille syntyi myös eräänlainen kilpailu siitä, kuka ensimmäisenä terveystalonsa rakentaa.¹¹⁶⁶ Kalliita Lastenlinnoja olisi tuskin voitu pystyttää ilman lahjoitusvaroja, mikä olisi merkinnyt lastensairaaloiden rakentamisen lykkääntymistä usealla vuodella.

Museoviraston vuonna 1978 kerätyssä ”lääkintää ja potilaita”-muistitietokyselyssä ei terveystaloista juuri löydy mainintoja.¹¹⁶⁷ Pitäisin itse todennäköisimpänä selityksenä sitä, että terveystalo oli kuitenkin vain talo, jonkinlainen itsestäänselvyys, jossa sijaitsivat hoitajien asunnot ja jossa pidettiin neuvolaa. Mannerheim-liiton paikallisosastojen jäsenet olivat kunnan ”joka paikan höyliä”: opettajia ja pappeja, jotka vastasivat kunnissa muistakin kansalaisyhteiskuntaan liittyvistä tehtävistä. Terveystalo oli vain yksi monista paikallisista hankkeista. Samaan aikaan valmistui maaseudulle tavaton määrä kansakouluja, jotka olivat paljon tärkeämpiä paikkakuntien arkielämässä.

Ennen kansanterveyslakia terveystalot toimivat hoitajavetoisina pienois-terveyskeskuksina, joissa lääkärit silloin tällöin vierailivat. Terveystalojen avulla saatiin perusterveyspalvelut levitettyä hyvinkin syrjäisille alueille. Lastenneuvoloista pienet lapset ohjattiin tarvittaessa hoitoon uusiin lastensairaaloihin Rovaniemelle, Kuopioon, Turkuun ja Helsinkiin. Severi Savosen utooppinen kuvitelma maaseutujen monipuolisista lääkäreiden johtamista terveyskeskuksista toteutui vasta 1970-luvulla kansanterveyslain myötä, mikä samalla merkitsi terveystalojen vähittäistä näivettymistä palveluiden keskittyessä kuntakeskusten isompiin yksiköihin.

7.4 Tarkkailua, neuvontaa ja terveyskasvatusta

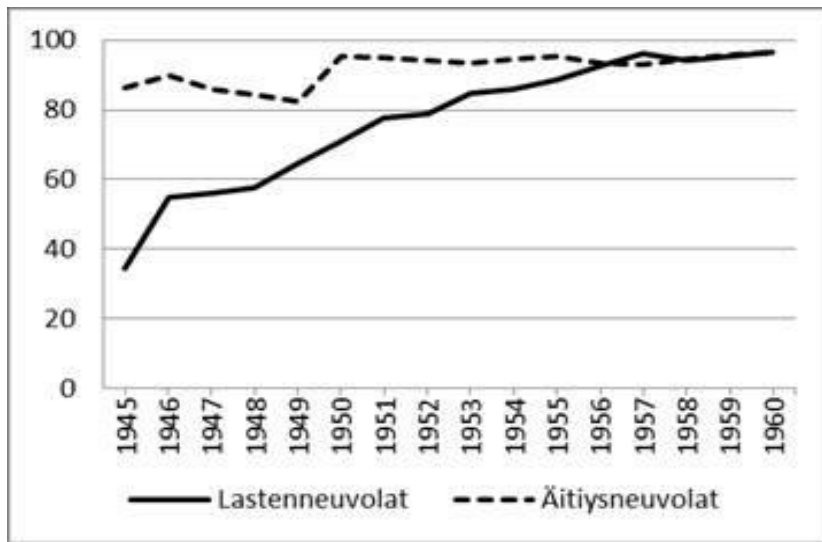
Äitiys- ja lastenneuvoloiden käyntilukuja seurattiin ja niitä tilastoitiin lääkintöhallituksen toimesta. Valtakunnallisia neuvolatilastoja julkaistiin vuodesta 1945 lähtien. Äitiysneuvoloiden kattavuus nousi nopeasti. Jo vuonna 1945 peräti 86,4 prosenttia synnyttäjistä oli äitiysneuvolan kirjoissa, ja vuonna 1960 kattavuus oli lähes täydellinen. (kuvio 6) Suuri muutos oli aikaistuminen: vuonna 1951 jo yli puolet odottavista äideistä kirjautui äitiysneuvolaan 3.–4. raskauskuukautena. Tämä johtui äitiysavustukseen liittyvästä määräksestä, jonka mukaan vuodesta 1949 alkaen kaikki odottavat äidit saivat äitiysavustuksen, jos he ilmoittautuivat neuvolaan ennen neljännen raskauskuukauden loppua. Äitiysavustuslain 2§:n mukaan naisen oli avustuksen saadakseen ”noudatettava tarkastuksessa tarpeelliseksi katsottuja neuvoja ja hoito-ohjeita”. Tämä tarkoitti käytännössä verikoetta kuppatartunnan toteamiseksi. Vuonna 1952 voimaan tulleessa uusituslaissa sukupuolitautilaissa määrättiin myös, että lääkärin tai kättilön, joka tutki raskaana olevaa naista

¹¹⁶⁶ Leo Kaprio, *Uusi Suomi* 14.1.1956. Ua 36, MLL, KA.

¹¹⁶⁷ Museoviraston kyselyn 25: Lääkintää ja potilaita.

tai antoi hänelle synnytysapua, oli otettava hänen hoidettavanaan olevasta naisesta ”verikoe mahdollisen sukupuolitaudin toteamiseksi lääkintöhallituksen antamien ohjeiden mukaisesti”. Lastenneuvoloiden kohdalla tilanne oli sen sijaan toinen. Vasta 1950-luvun puolessa välissä kirjautumisprosentti alle yksivuotiailla ylitti 90 prosenttia. 1960-luvulla äitiys- ja lastenneuvoloiden kirjautumislukemat olivat jo tasoissa.¹¹⁶⁸

Kuvio 6 Äitiysneuvoloiden kirjoissa olevat synnyttäjät prosentteina synnyttäjistä sekä lastenneuvoloissa kirjoissa olevat alle 1-vuotiaat lapset, prosentteina elävistä syntyneistä vuosina 1945–1960.



Lähde: SVT XI 1939–1952, 47; SVT 1960, 294–295.

Alueelliset erot alkuvaiheessa suuret

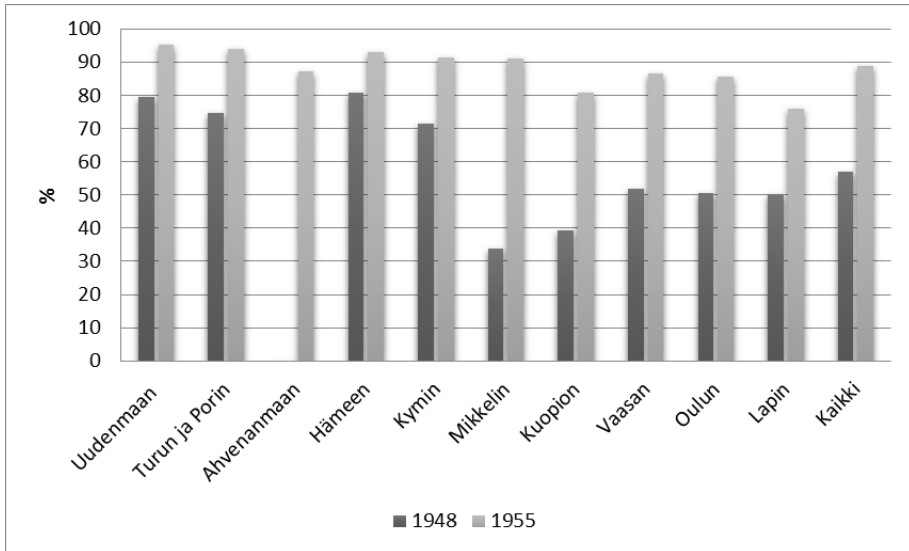
Suuret alueelliset erot 1940-luvun lopussa kuvastivat terveyspalveluiden epätasaista jakautumista maassa. Kuviossa 7 on esitetty lastenneuvoloiden läänittäin jaotellut kirjautumisprosentit alle vuoden ikäisillä lapsilla vuosina 1948 ja 1955. Etelä-Suomessa lastenneuvolat vakiintuivat jo sotavuosina, minkä seurauksena vuonna 1948 lähes kolme neljästä alle vuoden ikäisestä lapsesta oli neuvonnan piirissä. Matalin kirjautumisluku 33,8 prosenttia oli Mikkelin läänissä. Terveystalojen rakentamisen myötä erot tasoittuivat: vuonna 1955 Mikkelin läänissä lapsia oli kirjoilla 91 prosenttia ja Lapin läänissä 75 prosenttia.¹¹⁶⁹

¹¹⁶⁸ SVT XI 1939–1952, taulukko 25, sivu 47; STV 1960, taulukko 302, sivu 294–295; Pensala 1953, 312; Tiitta 2009, 263. Määräysten seurauksena synnynnäinen syfilis eli kuppa oli hävinnyt lapsista vuoteen 1956 mennessä.

¹¹⁶⁹ STV 1950, 71; STV 1957, taulukko 289, 278–279.

Kuvio 7

Lastenneuvoloissa kirjoilla olevien alle yksivuotiaiden lasten prosenttiosuus vuosina 1948 ja 1955, alueellinen jako lääneittäin.



Lähde: STV 1950, 71; STV 1957, 278–279.

Lääkärien ammattilehdissä jälleenrakennuskaudella esiintyvät kirjoitukset neuvolatoiminnasta keskittyivät käytännön ongelmiin, työn järjestelyyn, palkkioihin ja lastenhoito-ohjeisiin ilman erityisiä ideologisia kannanottoja. Lastenneuvolan lääkärille ei ollut asetettu mitään erityisiä pätevyysvaatimuksia, mikä herätti jonkin verran keskustelua. Suuremman lääkäritiheyden omaavien kaupunkien isoja neuvoloita hoiti yleensä lastentautien erikoislääkäri. Neuvolalakien laatija lastenlääkäri Rantasalon vuonna 1945 kirjoittaman artikkelin mukaan maaseudulla kunnanlääkäri soveltui parhaiten neuvolan lääkäriksi, sillä hän tunsi ”perhelääkärinä” parhaiten alueen väestön ja kotiolosuhteet. Lääkärin sairaanhoitotyö oli lisääntynyt nopeasti, minkä seurauksena lääkäreille kuuluvia tehtäviä oli usein ”jopa arveluttavassa määrin siirretty hoitajattarille”. Kunnanlääkäripiirin kooksi Rantasalo suositteli korkeintaan 6000 asukasta, jolloin yksi päivä viikossa voitaisiin varata terveydenhuollollisiin tehtäviin. Lääkäreiden koulutusta lastentauksissa olisi lisättävä, ja kurssien pitäisi olla pakollisia. Neuvolat sijaitsivat yleensä kuntakeskuksissa. Sivuneuvoloita olisi syytä perustaa, sillä vaikeiden kulkuyhteyksien vuoksi syrjäkyliltä eivät äidit päässeet kuljettamaan lapsiaan tarkastettaviksi. Rantasalon mukaan yksi sivuneuvola jokaista kahta koulupiiriä kohtaan olisi sopiva määrä, jolloin äitien matkat harvoin nousisivat yli 10 kilometriin.¹¹⁷⁰

¹¹⁷⁰ Rantasalo 1945. Sivuneuvolaksi määriteltiin lääninlääkärin vuodeksi kerrallaan hyväksymä muu neuvontapaikka kunnan alueella. Vuonna 1945 pääneuvoloita oli 367 ja sivuneuvoloita 473. Vuonna 1952 pääneuvoloita oli 759, sivuneuvoloita 2623 ja terveystaloja 510. SVT XI 56, 1939–1952 s. 50–51. Ruotsissa lastenneuvoloita oli lukumääräisesti vähemmän, sillä vuonna 1950 niitä oli yhteensä

Sivuneuvoloiden myötä kirjautumisprosentit kohosivat ja samalla aivan pienimmät alle kuukauden ikäiset vauvat tulivat neuvonnan piiriin.¹¹⁷¹

Vielä 1950-luvun alussa todettiin, että neuvolatyö lääkäreiden parissa edelleen kantoi ”vähäpätöisen sivutyön leimaa”. Koulutusta tehostamalla ja palkkiotaksoja korottamalla tilannetta olisi mahdollista korjata. Uutena ajatuksena ehdotettiin ajantilausvastaanottoa, jonka tahti olisi rivakka, sillä sopiva määrä lapsia olisi 20–25 lasta kahdessa tunnissa. Lastenhoidolliset ohjeet vaihtelivat eri puolilla maata, sillä lääkintöhallituksen ohjaus neuvolatyössä oli vielä vähäistä. Lisää ohjeistusta kaivattiin neuvonnan yhdenmuokaistamiseksi.¹¹⁷² Samoihin aikoihin alettiin kiinnittää huomiota lasten henkiseen kehitykseen ja hyvinvointiin. Turun yliopiston hygienian ja sosiaalilääketieteen professori Sven Erkkilä määritteli lastenneuvolatoiminnan ”sosiaalilääketieteelliseksi työmuodoksi”, jota olisi pyrittävä kehittämään sosiaalipsykiatriseen suuntaan. Lääkäreiden olisi saatava tietoa sosiaalilääketieteestä, lapsipsykologiasta ja ”mentaalihygieniasta”.¹¹⁷³

Lääkintöhallituksen ensimmäinen neuvola- ja kouluylilääkäri Aino Yli-ruokanen julkaisi viimein vuonna 1955 *Suomen Lääkärilehdessä* viralliseksi ohjeistukseksi sopivan 15-sivuisen artikkelin kunnanlääkärin neuvolatyöstä ja lastenhoidon ajanmukaisista peruserämuutoksista. Pääteemojen joukossa olivat edelleen lapsen ulkoiluttaminen ja riisitaudin ehkäisy. Ainoastaan ”kova tuuli ja yli 20 asteen pakkas” olivat riittäviä syitä siihen, ettei tervettä lasta viety ulos nukkumaan, ja auringossa voitiin lasta pitää ”tarpeellista varovaisuutta noudattaen”. Riisitauti oli vieläkin yleinen, vaikka taudin vaikeita muotoja näki enää harvoin.¹¹⁷⁴ Rintaruokintaa ei enää painotettu yhtä voimakkaasti kuin ennen. Hygienian taso oli noussut, sillä vaikeita ripuleita nähtiin enää vain harvoin.¹¹⁷⁵ Vuonna 1952 tehdyssä kyselytutkimuksessa helsinkiläisten äitien imetyskäytännöistä ilmeni, että valtaosa imeväisistä sai myös pullomaitoa, sillä kolmen kuukauden täysimetykseen ylsi vain noin kolmasosa äideistä. Äidinmaidonvastikkeet alkoivat yleistyä vasta 1950-luvun puolivälin jälkeen.¹¹⁷⁶

C-vitamiinin antaminen tuoremehujen muodossa ja kalanmaksaöljy suositeltiin aloitettavaksi noin 3–4 viikon iässä sekä rinta- että pullolapsille. Yli-ruokanen korosti rokotusohjelman toteuttamista erityisesti tuberkuloosin osalta. Isorokkorokotus oli edelleen tärkeä ”kansainvälisten kosketusten vuoksi”. Uusi ilmiö oli vastavuoroisuuden korostaminen lääkärin työssä. Lapsen 3–4 kuukauden iässä tehtävässä lääkärintarkastuksessa oli kiinnitettävä huomiota psyykkisten häiriöiden ehkäisyyn, sillä ”vähäisiltäkin tuntuvat lapsen hoitoa koskevat neuvot lisäävät äidin itseluottamusta” ja auttoivat

1548, joista erikoislääkärijohtoisia oli 143, yleislääkärijohtoisia 383 ja sivuneuvoloita oli 822. Petersson 1975, 59.

¹¹⁷¹ SVT 1957, taulukko 289, 278–279.

¹¹⁷² Hirvensalo 1951, 250–255.

¹¹⁷³ Erkkilä oli itse peruskoulutukseltaan psykiatri. Erkkilä 1951, 243–250.

¹¹⁷⁴ Yli-ruokanen 1955, 1988, 1992.

¹¹⁷⁵ Puolimaitoa ohjeistettiin valmistamaan hygieniasyistä ilman kauralimaa. Yli-ruokanen 1955, 1991.

¹¹⁷⁶ Hallman, Nevanlinna ja Tuuteri 1953, 810.

häntä suhtautumaan luonnollisesti lapseensa. ”Paras lääkäri neuvolassakin on se, jolla on aikaa kuunnella”.¹¹⁷⁷

Kunnanlääkärin mahdollisuudet varata aikaansa ehkäisevään terveydenhuoltotyöhön riippuivat kunnanlääkäripiirin suuruudesta, joskin kiinnostus työmuotoon vaihteli lääkäristä toiseen. Jos äiti oli ”ilmeisen tietoinen vastuustaan lapsensa hoitoon nähden” ja yhteistyö äidin kanssa oli hyvä, oli kolmea käyntiä neuvolassa lääkärin vastaanotolla ensimmäisen ikävuoden aikana ”terveen lapsen tarkkailussa” pidettävä kohtuullisena. Leikki-ikäisen lapsen tarkkailussa riitti, jos lapsi nähtiin kotona tai neuvolassa kerran tai pari vuodessa. Neuvola- ja koulutyön jatkuvuuteen¹¹⁷⁸ olisi vähitellen päästävää. Yliruokanen painotti lopuksi neuvolan kasvattavaa merkitystä koko paikkakunnalle, ei ainoastaan yksityiselle äidille ja lapselle.¹¹⁷⁹

Neuvola on ehkäisevän äitiys- ja lastenhuoltotyön keskus, sen puitteissa suoritettu tarkkailu, neuvonta ja terveyskasvatus on korvaamaton rengas siinä ketjussa, johon punoutuu koko meidän ehkäisevän terveydenhuoltotyömme tavoite äitien, lasten ja siten koko kansan parhaaksi. Neuvoloissa ja kodeissa suoritettu työ muodostaa yhden ja erottamattoman kokonaisuuden. Lienemmekö lääkäreinä tulleet ajatelleeksi, minkälainen kasvatustekijä neuvola on ei ainoastaan yksityiselle äidille ja lapselle, vaan käytännöllisesti katsoen koko sille paikkakunnalle, jossa työemme suoritamme?¹¹⁸⁰

Terveyssisarret perheiden tukena

Kansanterveyslakien tultua voimaan terveyssisarten tarve lisääntyi voimakkaasti. Koulutuspaikkoja saatiin lisää, kun Ouluun ja Poriin perustettiin vuonna 1945 terveyssisarkoulut. Terveyssisarten määrä lähes kolminkertaisui vuosien 1945 ja 1960 välillä 688:sta 1726:een.¹¹⁸¹ Vaikka virat oli vuoteen 1953 mennessä perustettu lähes jokaiseen kuntaan, oli vuonna 1957 vielä 10 prosenttia paikoista täyttämättä. Maaseudun lääkäripula oli eräs terveyssisarten työmäärää ja vastuuta lisäävä tekijä. Lääkintöhallituksen toimintakertomuksessa jouduttiin toteamaan, että terveyssisarret joutuvat ”sangen usein” suorittamaan tehtäviä, joissa kunnanlääkärin antamat ohjeet ja tuki olisivat välttämättömiä.¹¹⁸²

Terveyssisarpula vaivasi eniten syrjäseutuja, vaikka terveystaloja maaseudulle rakennettiinkin. Terveyssisarpiirien pinta-alat vaihtelivat tavattomasti. Kun Uudenmaan läänissä piirin pinta-ala oli alle 100 km², niin Lapin läänissä se oli 2000 km².¹¹⁸³ Terveyssisaren työnkuva olikin varsin monipuolinen:

¹¹⁷⁷ Yliruokanen 1955, 1988, 1991–1992, 1994–1995.

¹¹⁷⁸ Vuodesta 1962 lähtien on ollut käytössä yhteiset neuvola- ja koulukortit. Hultin ja Paavilainen 1967, 8.

¹¹⁷⁹ Yliruokanen 1955, 1987–1988, 1997–1998.

¹¹⁸⁰ Yliruokanen 1955, 1998.

¹¹⁸¹ Siivola 1985, 116; Terveyen ja sairaanhoitohenkilökunta, STV 1955–1962.

¹¹⁸² SVT XI 1957, 23–24.

¹¹⁸³ Terveyssisarpiirin keskimääräinen pinta-ala oli noin 300 km². Liuksiala 1954, 23, 27.

*Kaiken kaikkiaan terveyssisar on valistustyöntekijä, neuvonantaja, opettaja ja kasvattaja, eräänlainen terveystarkastaja, alkeellinen psykologi, ehkäpä psykiatrikin, propagandisti ja sosiaalinen huoltotyöntekijä ja vasta viime kädessä käytännön työtä tekevä sairaanhoitaja.*¹¹⁸⁴

Suurin osa terveyssisaren työajasta kului vielä 1950-luvulla neuvontatyöhön, modernin ”tieteellisen” lastenhoidon opetukseen, mutta rokotustoiminnan osuus lisääntyi jatkuvasti. Lasten painonseurannan, kuulon ja näön mittaus-
ten sekä muun kehitysseurannan avulla seulottiin tarkempia tutkimuksia tai hoitoa vaativia lapsia, jotka sitten lähetettiin uusiin lastensairaaloihin.

Terveyssisaren arkeen ja perheiden mielipiteisiin lastenhoidon neuvon-
nasta on mahdollista perehtyä kahden opinnäytteen avulla. Leea Liuksialan sosiologian alan lisensiaattityö vuodelta 1954 *Terveyssisarkunta ammatillisena instituutiona ja sen sopeutuminen ruraaliseen sosiaaliseen yhteisöön* on jaettu kahteen osaan: terveyssisarille lähetetyn laajan kyselylomakkeen analyysiin ja 215 lapsiperheen syvähaastatteluun.¹¹⁸⁵ Pirjo Varjorannan tutkimus terveyssisarten kotikäynneistä Kuopion seudulla vuosina 1944–1972 pohjautuu Kuopion kaupungin neuvolakortteihin vuosilta 1944–1969 ja 11 terveyssisaren haastatteluun.¹¹⁸⁶

1940-luvulla noin kaksi kolmasosaa terveyssisaren kotikäynneistä oli neuvontakäyntejä ja yksi kolmasosa sairaskäyntejä, jotka väestölle tuntuivat kuitenkin olevan tärkeämpiä. 1950- ja 1960-luvun maaseudun lääkäripula ja myös jossain määrin vastaanottomaksut estivät potilaita hakeutumasta lääkärin vastaanotolle, jolloin ensin haettiin apua tutulta terveyssisarelta. Usein terveyssisaren tehtäväksi tulikin todeta sairaus, ottaa yhteys kunnanlääkäriin ja aloittaa hoito. Oli myös tavallista, että terveyssisarilla oli mukanaan penisilliiniampulleja, jolloin he aloittivat hoidon itse ja ilmoittivat asiasta myöhemmin kunnanlääkärille. Liuksialan mukaan 17 prosenttia terveyssisarista oli joutunut tekemään työtä, johon ei ole koulutusta ja pätevyyttä.¹¹⁸⁷

Yleisen terveysneuvonnan lisäksi lasten tuberkuloosiseulonta ja rokotukset muodostivat tärkeän osan työstä. Kotona kalmetoinnit olivat vielä yleisiä

¹¹⁸⁴ Liuksiala 1954, 21. Noin kolmasosa työssäkäyvistä terveyssisarista oli naimisissa, toisin kuin sairaanhoitajat, joista vain noin 15 % oli naimisissa. Liuksiala 1954, 38.

¹¹⁸⁵ Haastattelut kerättiin kuudesta maanviljelysvaltaisesta maalaiskunnasta Hämeen, Kymen, Turun ja Porin, Vaasan, Kuopion ja Oulun lääneistä. Haastateltavat olivat pääosin maanviljelijöitä, 42 prosenttia, ammattityöläisiä, 31 prosenttia ja sekatyöläisiä, 17 prosenttia. 185 perheessä oli neuvolaikäisiä lapsia. Haastattelut suoritettiin terveyssisarten asiakaspiiriin kuuluvien perheitten kotona. Aineisto on ainutlaatuinen, sillä tietääkseni tältä aikakaudelta ei muita kyselyitä kohdeperheiden parissa ole suoritettu. Haastattelijana toimi terveyssisar, joka oli perheelle ennestään tuntematon, ja joka ei paljastanut todellista ammattiaan. Liuksiala 1954.

¹¹⁸⁶ Työn otsikko *Terveyssisaren kotikäynnit suomalaisessa lastenneuvolatyössä vuosina 1944–1972: Syöpäläisten torjunnasta keskosten hoitoon*, kuvaa hyvin muuttuvaa työnkuvaa. Työhön haastatelluista terveyssisarista vain yksi oli valmistunut ennen sotaa ja kuusi oli toiminut terveyssisarina jo 1940-luvulla, sekä maaseudussa että kaupungeissa. Varjoranta 1992.

¹¹⁸⁷ Varjoranta 1992, 24, 27. Liuksiala 1954, 109. Samaa on todennut myös Junila 2011. Näin oli vielä 1960-luvulla. Lemiltä kotoisin oleva tuttavani kärsi lapsuudessaan usein angiinoista. Kun hän sairastui, kutsuttiin kotiin terveyssisar, joka soitti Lappeenrantaan kunnanlääkärille. Penisilliinipaketti tuli Lemille seuraavan linja-auton kyydissä.

1940- ja 1950-luvun alussa, myöhemmin sairaalasynnytysten yleistyessä lapset rokotettiin vastasyntyneinä jo ennen kotiinlähtöä. Tuberkuliini- eli ”heftakokeet” olivat aikaa vieviä, sillä kokeiden tulokset oli tarkistettava kolmen päivän kuluttua. Kurkkumätärokotuksetkin annettiin usein kotona.¹¹⁸⁸ 1950-luvun lopulla laskettiin, että terveyssisarten työajasta noin 16 prosenttia kuului rokottamiseen.¹¹⁸⁹ 1940-luvun lopulla työkenttä laajeni myös keskosiin. Kotona syntyneiden pienten keskosten kuljetus sairaaloihin keskoslaatikoissa oli terveyssisaren vastuulla. Kotiutuneiden keskosten kotihoidon ohjaus oli vaativaa työtä, joka kuului myös terveyssisarille.¹¹⁹⁰

Varjoranta korostaa terveyssisarten tehtävää tulkkeina muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja asiakkaiden välillä. Potilaan kotiutuessa sairaalasta tai palattua lääkärikäynniltä terveyssisar teki kotikäynnin ja neuvoi potilaan omassa ympäristössä jatkohoidon toteuttamisessa, sillä usein sairaalasta saadut ohjeet oli unohdettu tai ”niitä ei ollut ymmärretty oikein”.¹¹⁹¹

Kunnan kättilö oli velvoitettu ilmoittamaan kaikki vastasyntyneet lapset terveyssisarelle, joka sitten teki kotikäynnin perheeseen. Leikki-ikäisten lasten perheisiin terveyssisar tiesi mennä esimerkiksi opettajan tai naapureiden antaman tiedon perusteella. Terveyssisar tapasi lapsen 5–6 kertaa ennen kouluikää, ja maaseudulla saattoi käydä niin, että kaikki tapaamiset olivat kotikäyntejä. 1940-luvulla toiminta oli vielä uutta, ja väestössä ilmeni epäilevää suhtautumista varsinkin isien ja isovanhempien taholta, olihan lapsia ennenkin osattu hoitaa ilman mitään neuvoloita ja rokotuksia. Alkuun kotikäyntien tarkoituksena olikin ”kertoa neuvolatyöstä ja luoda luottamukselliset suhteet perheisiin”.¹¹⁹²

1950-luvulla katsottiin yleisesti, että lastenhoitoon liittyvät seikat kuuluivat perheen äidille. Perheen isät osallistuivat erittäin harvoin äidin ja terveyssisaren keskusteluun, sillä yleensä he lähtivät ulkotöihin terveyssisaren saapuessa.¹¹⁹³ Terveyssisarten mielestä tärkeimmät aiheet terveysneuvonnassa olivat ravitsemus, puhtaust ja pukeutuminen, siisteyskasvatus, ulkoilu ja nukkuminen.¹¹⁹⁴ Sen sijaan haastateltavista 43 prosenttia piti sairaanhoitoa ja 28 prosenttia pikkulastenhuoltoa terveyssisaren tärkeimpänä työnä.¹¹⁹⁵

¹¹⁸⁸ Varjoranta 1992, 49–51.

¹¹⁸⁹ Parmala 1959, 671–672.

¹¹⁹⁰ Mannerheim-liitto oli asettanut vuonna 1949 keskoshuoltotoimikunnan, jonka yhtenä tehtävänä oli tutkia keskosuuden syitä, jota varten laadittiin lomake täytettäväksi jokaisesta syntyneestä keskosesta. Lapsen päästyä sairaalasta kotiin paikalliselle terveyssisarelle lähetettiin jälkihuoltolomake seurantaa ja hoitoa varten. Toimikunta suunnitteli myös neuvolakalustoon kuuluvan asianmukaisen, vanerista valmistetun keskostenkuljetuslaatikon, jossa vastasyntynyt keskonen kiidätettiin yksityisautolla, junalla tai lentokoneella lastensairaalaan. Varjoranta 1992, 49–51; Siivola 1985, 102.

¹¹⁹¹ Varjoranta 1992, 56.

¹¹⁹² Varjoranta 1992, 32–34.

¹¹⁹³ Varjoranta, 1992, 32–34; Liuksiala 1954, 269.

¹¹⁹⁴ Varjoranta 1992, 36.

¹¹⁹⁵ Liuksiala 1954, 267.

Ruokintaohjeet epäsuosittuja

Taulukkoon 28 on koottu Liuksialan työstä tärkeimmät haastattelukysymykset ja vastaukset. Noin kolme neljäsosaa vastauksista oli myönteisiä, toisin sanoen ohjeita oli noudatettu ja neuvontatyötä pidettiin yleensä tärkeänä. Ohjetta imeväisen säännöllisestä ruokinnasta ei kuitenkaan noudatettu. Näin todettiin myös Varjorannan työssä. Vallitsevan ohjeen mukaan lasta piti syöttää neljän tunnin välein viisi kertaa vuorokaudessa siten, että yöllä ei saanut lapselle antaa maitoa. Perusteluina ohjeista poikkeamiselle esitettiin esimerkiksi:

- *Säännölliset ruoka-ajat ovat maalla hankalat.*
- *Ei pitäisi olla niin tiukka ruoka-ajoista.*
- *Kiduttamista, jos pidetään orjallisesti kiinni ajoista.*
- *Sitä mukaa hoidettu kuin äiteekin hoitanut. Ei lapset ole lehmiä, eikä säännöllinen ruokinta siis sovi.*¹¹⁹⁶

”Uusin virtaus nykyaikaisessa lastenhoidossa” alkoikin Liuksialan kommentin mukaan 1950-luvulla kallistua ruokinnan ”lapsilähtöiseen rytmiin”. Ruokinnassa oli oltava joustava ja otettava lapsen yksilöllisyys huomioon.¹¹⁹⁷ Tarkkaan rytmiin säädetty ruokailu ei ollut koskaan ollut vanhempien suosiossa, vaan se oli aiheuttanut perheissä paljon harmia, kun vauvaa olisi pitänyt ”Ylpön oppien” mukaan huudattaa, jos hän ei ruokintarytmiin sopeutunut. 1940- ja 1950-luvulla imetys suositeltiin lopetettavaksi 8–9 kuukauden iässä. Maaseudulla imetettiin melko pitkään leikki-ikään saakka, koska sitä pidettiin raskauden ehkäisykeinona. Ensimmäiset teolliset äidinmaitovastikkeet tulivat Suomen markkinoille vuonna 1955, mutta ne alkoivat yleistyä vasta 1960-luvulla. Maaseudulla teollisten vastikkeiden suosittelu oli ongelmallista, sillä perheillä oli itsellään lypsäviä lehmiä. Maitoseosten valmistaminen vaati kuitenkin tarkkuutta puhtaudessa, ja puutteellinen hygienia johti usein ripuleihin.¹¹⁹⁸

Lisäravinnon, juures- ja hedelmäsoseitten suosittelu oli heti sodan jälkeen ongelmallista ruokapulan vuoksi. Kaupungeissa oli ajoittain puutetta jopa perunasta, joten usein vain maitoseokset jäivät lasten ravinnoksi imeväisiäsä.¹¹⁹⁹ Liuksialan haastattelututkimuksessa hedelmien ja raasteiden käyttö oli kuitenkin jo yleistä. Vitolia eli D-vitamiinitippoja oli annettu 80 prosentissa. Osa vastusti vitamiinien ja raasteiden käyttöä:

- *Ihmisiä niistä on ennenkin tullut ilman vitamiineja.*
- *Ihmettelen minä, kun raakaa vihannesta annetaan pienelle lapselle.*

¹¹⁹⁶ Liuksiala 1954, 251.

¹¹⁹⁷ Liuksiala 1954, 251.

¹¹⁹⁸ Varjoranta, 1992, 36.

¹¹⁹⁹ Varjoranta 1992, 38–39; Liuksiala 1954, 252.

- *En tiedä, onko hyvä, mutta porsaalle kuitenkin annettu vitolia.*¹²⁰⁰

Köyhyys ja ahtaus vaikeuttivat yleiseen hygieniaan, lasten vaatteiden pesuun ja ulkoiluun liittyvien hoito-ohjeiden noudattamista. 1940-luvulla eräässä talossa oli vain yksi pesuvati, joka toimi yöllä yöastiana ja päivisin muuna pesuastiana, joskus sitä käytettiin jopa ruuanlaitossa.¹²⁰¹ Alle yksivuotiaiden ulkoilutus alkoi vähitellen yleistyä, vaikka ainakin kuudessa haastatteluperheessä mummo vastusti lapsen ulosvientiä. Terveys sisaren antamia ulkoiluohjeita haluttiin noudattaa, mutta suurimmaksi ongelmaksi koettiin ajan puute sekä tuulettamisen ja ulkoiluttamisen vaikeus. Eräskin äiti totesi, että ”jos lapsi ei yksin nuku, ei ison perheen äiti ennäätä olla neljää tuntia ulkona”. Yleensä nykyaikaisia lastenhoitomenetelmiä pidettiin parempia, sillä ”lapsista pidetään parempaa huolta ja sosiaalinen huolto ja lääketiede ovat kehittyneitä”. Terveys sisaren olisi haluttu ehkä puuttuvan vielä aktiivisemmin lastenhoitoon, sillä 40 prosentin mielestä puututtiin liian vähän.¹²⁰²

Taulukko 28. Kysymyksiä alle yksivuotiaiden lastenhoidosta vuonna 1951. Haastateltujen lukumäärä 252.

Kysymys	Vastaus
Onko lasta ruokittu säännöllisesti vai epäsäännöllisesti?	31 % ruokkinut säännöllisesti 69 % ruokkinut epäsäännöllisesti
Onko käytetty maitoseoksia terveys sisaren ohjeiden mukaisesti?	75 %
Onko annettu hedelmiä tai raasteita?	75 % on antanut
Onko annettu D-vitamiinia tai kalkkia?	80% ”
Onko ulkoilutettu ohjeiden mukaisesti?	70% on ulkoiluttanut
Ovatko nykyaikaiset lastenhoitomenetelmät parempia?	70 % ovat parempia
Mitä mieltä olette siitä, että nykyisin pyritään kaikki terveet lapset rokottamaan esim. kurkkumätää vastaan?	82 % hyväksyy 8 % suhtautuu välinpitämättömästi 10 % ei hyväksy
Onko mahdollista noudattaa terveys sisaren antamia ohjeita?	>50 % voi noudattaa 37 % jossain määrin
Miten terveys sisar puuttuu lastenhoitoon?	55 % sopivasti 40 % liian vähän.
Mitä ajattelitte, kun kuultitte, että kuntaan rakennetaan terveys talo?	52% myönteinen vastaus 26% kielteinen 22 % välinpitämätön

Lähde: Liuksiala 1954, 250–266.

On ilmeistä, että lääketieteelliseksi koetut toimenpiteet olivat hyväksyttävämpiä kuin lasten päivittäiseen hoitoon puuttuminen, joka usein koettiin vaikeaksi tai jopa turhaksi toteuttaa. Kansanomaiset lastenhoitotavat olivat kuitenkin 1950-luvulla vielä paikoitellen käytössä. 55 prosenttia kyselyyn osallistuvista terveys sisarista tiesi niitä paikkakunnallaan harjoitettavan. Yleisimpiä ne olivat pohjoisissa lääneissä: Oulun läänissä 94 prosentissa ja

¹²⁰⁰ Liuksiala 1954, 254–255.

¹²⁰¹ Varjoranta 1992, 20, 41–46.

¹²⁰² Liuksiala 1954, 260–62.

Lapin läänissä 88 prosentissa kunnista. Tavallisin hoitokeino oli riienmarjojen eli näsiänmarjojen käyttö riisitautia vastaan.¹²⁰³ Samoissa lääneissä turvaututtiin myös kansanparantajiin: Oulun läänissä 55 prosentissa ja Lapin läänissä 77 prosentissa kunnista.¹²⁰⁴ Kansanparantajiin turvautuminen selittynee parhaiten vähäisistä kontakteista terveydenhuollon ammattihenkilöihin.

Suomen lasten terveydenhoito amerikkalaisin silmin

1940-luvulla esiintyi Suomessa erityisesti kesäisin kuolleisuutta nostavaa imeväisikäisten ripulia. Kansainvälistä apua pyydettiin WHO:lta, kun kuolleisuus alkoi nousta aina vain korkeammalle: vuonna 1948 kuoli ripuliin ja suolitulehdukseen 979 alle vuoden ikäistä lasta, suhteellisesti enemmän kuin missään muussa Länsi-Euroopan maassa. Kuolleisuus oli korkea erityisesti Kuopion, Oulun ja Lapin lääneissä.¹²⁰⁵

Mannerheim-liitto oli vuonna 1950 laatinut ripuliepidemiaan liittyen johtaville terveyssisarille kyselyn läänien eri kuntien terveydenhoidollisista olosuhteista. Tietoja kerättiin 410 (85 %) maalaiskunnasta. Kyselyn pohjalta maaseudun suurimmiksi terveydenhoidollisiksi ongelmiksi paljastuivat ahdas asuminen, epäpuhdas vesi, epäsiisteys, huono hygienia ja terveydenhoitohenkilöstön puute. Tämä altisti pikkulapset usein kuolemaan johtaviin hengitystieinfektioille ja suolisto-ongelmille. Ongelmat olivat yleisimpiä Oulun ja Lapin läänien syrjäseuduilla.¹²⁰⁶

Ripuliepidemia käynnisti Suomessa laajan kampanjan kotien hygienian parantamiseksi. *Suomen Punainen Risti* julkaisi kesällä 1950 lääkäri Paavo Kuusiston kirjoittaman artikkelin otsikolla *Epäsiisteys kuoleman aiheuttajana*. Joka kesä julkaistiin lehdissä artikkeleita lasten kesäripulin välttämiseksi, mutta nyt ei jäänyt arvailujen varaan, kuka oli syyllinen lasten kuolemiin. Kuusiston mukaan tämä ”ehdottoman puhtauden vaatimus” ei kesäaikana jäänyt paljon jälkeen siitä, mitä vaadittiin lääkäriltä. Pikkulapsen hoitajalla oli täten ”mitä suurin vastuu”. Neuvoloille taas kuului vastuuntunnon opettaminen. Jos jostain syystä jouduttiin antamaan pullomaitoa, oli puhtaudelle asetettava yhtä korkeat vaatimukset kuin jos ”kysymyksessä olisi lääketieteellinen toimenpide”.¹²⁰⁷

Professori Ylppö esitti virallisen avunpyynnön WHO:n Euroopan toimistolle¹²⁰⁸, joka lähetti amerikkalaisen lastenlääkäri Myron Wegmanin johtamaan tutkimusta ripuliepidemian syistä. Wegman tarkasteli vuonna 1951 ilmestyneessä raportissaan laaja-alaisesti lasten terveydenhuoltoa Suomes-

¹²⁰³ Liuksiala 1954, 221.

¹²⁰⁴ Liuksiala 1954, 215.

¹²⁰⁵ Siivola 1985, 102;

¹²⁰⁶ Lojander 1952, 483–501.

¹²⁰⁷ Kuusisto, *Suomen Punainen Risti* 8/1950, 146–147.

¹²⁰⁸ Suomi liittyi Maailman terveysjärjestöön sen perustamisvuonna 1948. Pesonen 1980, 663–665.

sa.¹²⁰⁹ Loppuarviona hän esitti, että liikkeellä olleet useat taudinaiheuttajat olivat pystyneet leviämään epidemiaksi saakka maan huonon hygieniatason vuoksi, jonka tärkein syy oli sodanjälkeinen vaikea asuntotilanne. Ripulin aiheuttajaksi ei löytynyt mitään erityistä mikrobia. Wegmanin ihmetystä herätti kylmätilojen vähäisyys, jätää ei sähköttömissä talouksissa USA:n tapaan säilöty eikä käytetty elintarvikkeiden jäädyttämiseen. Wegman kiinnitti myös huomiota äidinmaidon korvikkeiden valmistukseen, jossa oli paljon huomauttamisen varaa. Lehmänmaitosekoitukset aiheuttivat suuren pilaantumisvaaran toisin kuin maitojauheesta tehty vastike, joka USA:ssa oli pitkään ollut yleisesti käytössä. Wegmania kummastutti myös tavattomasti, että maitoa ei Suomessa yleisesti pastöroitu. Pastörointi oli muualla maailmassa yleistynyt kaupungeissa jo 1920-luvulla, mutta Suomessa kauppamaidon pastörointi tuli pakolliseksi vasta 1950-luvun puolivälissä.¹²¹⁰

Suomen neuvolajärjestelmään ja korkeasti koulutettuihin terveyssisariin Wegman suhtautui suorastaan kunnioittavan ihailevasti. Terveyssisarien työolot olivat tosin puutteelliset, ja heidän oli vaikea saada työnohjausta. Lastenneuvoloissa oli hänen mielestään myös aivan liian kiireistä, ja hän sai-kin sen vaikutelman, ettei äidillä ollut ”asianmukaista tilaisuutta kysellä” eikä liioin syntynyt kylliksi keskustelua lapsen käyttäytymisongelmista eikä tunne-elämän kehittymisestä. Päävaikeutena oli hänen mielestään lasten terveydenhuoltotyössä ”tavaton epäsuhta” korkealle kehitetyn terveyssisar-työn ja miltei olemattoman lastenlääkärien keskitetyn toiminnan välillä. Terveyssisaret lausui-ivat hyvin avoimesti, että työn taso vaihteli suunnattomasti, sillä monet kunnanlääkärit ”eivät olleet todella kiinnostuneita lapsista tai heidän terveydenhuollostaan”.¹²¹¹

Wegman oli havainnoissaan varmaankin oikeassa, mutta hän tulikin vau-
raasta USA:sta sodan runtelemaan Suomeen, jossa lasten fyysisen voim-
nin seuraaminen tuntui toistaiseksi tärkeämmältä kuin ”psykososiaalinen koko-
naisarvio”. Lastenpsykiatria oli vielä lapsenkengissään kasvat-
usneuvoloiden yleistyessä vasta 1960-luvulla.¹²¹² Lastenlääkärit olivat sijoittuneet sairaaloi-
hin, ja lääkintöhallitukseen saatiin neuvolatyön ylilääkäri vasta muutaman
vuoden kuluttua. Ongelmat syntyivät kentällä, missä kaksi kulttuuria törmäsi
toisiinsa. 1940-luvun lopulla Rockefeller-säätiön rahoittamalla malliterveys-
asemalla käyneet amerikkalaiset vieraat ihmettelivät lääkärien konservatiivi-
suutta ja haluttomuutta kehittää ehkäisevää terveydenhuoltoa. Toisaalta yhti-
teiskunnallisesti laaja-alaisen koulutuksen saaneet terveyssisaret olivat kovin
edistysmielisiä. Suomalaiseen lääkärikoulutukseen ei ennen toista maail-

¹²⁰⁹ Siivola 1985, 102; Kaprio 1990, 188–204. Vuonna 1950 Lastentautien tutkimussäätiö, allekirjoit-
tajina lastentautien professori C-E. Räihä ja lastentautien dosentti, tuleva professori Niilo Hallman,
anoi Suomen Huollolta varoja lasten ripulitutkimuksen tekemiseksi. Suomen Huolto myönsi rahoituk-
sen terveyssisaren palkkaukseen, Pk:t 14.4.1950 ja 1.6.1950. Ca 7, SHTMK, SH, JyMA. Raportti
ilmestyi englanniksi Yhdysvalloissa vuonna 1953. Wegman 1951 ja 1953.

¹²¹⁰ Suomeen oli Wegmanin mukaan suunniteltu maitojauhetehdasta, mutta se oli todettu liian kalliik-
si. Wegman 1951; Kaprio 1990.

¹²¹¹ Wegman 1951, 1953.

¹²¹² Taskinen: *Perheneuvonnan kehitys*. Verkkolähde.

mansotaa vielä sisällytetty kansanterveyskysymyksiä, vaan opetuksessa keskityttiin sairauksiin ja niiden hoitamiseen.¹²¹³

7.5 Kansallinen rokotusohjelma

Rokotustoiminta nousi kansanterveystyössä merkittävään asemaan 1950-luvulla. Lastenneuvoloissa, kouluissa ja puolustusvoimissa toteutettava kansallinen rokotusohjelma on nykyään luonnollinen osa ehkäisevää terveydenhuoltoa, johon suhtaudutaan pääsääntöisesti myönteisesti. Peruserokotteiden kattavuus Suomen neuvolaikäisissä lapsissa on 95–99 prosenttia.¹²¹⁴ Kansallisen rokotusohjelman alku ajoittui jatkosodan loppupuolelle, mutta sen kehittäminen maanlaajuisesti yhtenäiseksi kesti yli kymmenen vuotta. Ainoastaan isorokkorokotus oli lailla säädeltyä vuoden 1936, jo vanhentuneen rokotuslain nojalla ja oli edelleen pakollinen kaikille alle kaksivuotiaille. Sodan aikana käyttöön otetut kurkkumätä-, hinkuyskä- ja tuberkuloosirokotteet olivat osoittautuneet tehokkaiksi, ja uusia rokotteita oli kehitteillä.

Uusi rokotuslaki 1952 – rokotuksista tulee vapaaehtoisia

Kansainvälisissä lääketieteellisissä lehdissä käytiin toisen maailmansodan jälkeen vilkasta keskustelua uusista rokotusohjelmista, rokotteiden pakollisuudesta, aloittamisistä ja järjestyksestä.¹²¹⁵ Myös uusien äskettäin käyttöön otettujen rokotteiden suhteen tarvittiin säätelyä. Tämän vuoksi vuonna 1948 terveydenhoitolakikomitean yhteyteen asetettiin työjaosto, jonka tehtävänä oli suunnitella rokotuslaki niin, ”että siihen sisältyisivät kaikki suojarokotusta koskevat säännökset” sekä laatimaan lakiesityksen perusteluineen. Jaoston puheenjohtajana toimi Harald Sarkko, jäseninä olivat muiden muassa Viljo Rantasalo ja Kyllikki Pohjala.¹²¹⁶

Komitean tekemät linjaukset kantavat vielä nykypäiviin asti, sillä komitea oli pohtinut laajalti kysymystä rokotusten vapaaehtoisuudesta. Isorokkorokotuksen kattavuus oli romahtanut, ja olojen rauhoituttua se alettiin nähdä ”matkailurokotteena”, sillä lähialueilla tautia ei ollut esiintynyt vuosikymmeniin. Koko väestön rokottaminen isorokkoa vastaan alkoi tuntua tarpeettomalta. Eri maiden rokotuskäytännöissä oli paljon vaihtelua. Kurkkumätärrokotus oli vapaaehtoinen Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Saksassa. Vapaaehtoisuuteen liittyi laaja valistustoiminta rokottamisen hyödyistä. Sen sijaan se oli pakollinen esimerkiksi Ranskassa, Sveitsissä, Unkarissa ja myös Neuvostoli-

¹²¹³ Tallberg 2007, 171–173.

¹²¹⁴ Lasten rokotuskattavuus Suomessa THL. Verkkolähde.

¹²¹⁵ Saarela 1952; Esimerkiksi *British Medical Journal* –lehdessä keskusteltiin rokotussarjojen aloittamisesta alle yksivuotiailla.

¹²¹⁶ Kurkkumätärrokotuksia vuodesta 1943 oli annettu 670000. Lisäksi vuosina 1943–48 oli annettu 490 000 lavantautirokotusta epidemia-alueilla. Vuonna 1941 aloitettuja BCG-rokotuksia oli vuoden 1947 loppuun mennessä tehty 170 000. Vuosien 1948–49 rokotuskampanjassa kokonaislukumäärä yli 700 000. Terveydenhoitolakikomitean mietintö No. 4 rokotuksista 1950.

tossa, jossa vuodesta 1940 alkaen oli rokotuspakko alle kahdeksanvuotiaille lapsille.¹²¹⁷ Koko ikäluokan rokottaminen nosti useita kysymyksiä. Rokotteiden tuli olla turvallisia ja tehokkaita, ja sodanjälkeisinä vuosina kustannukset olivat myös merkittävä tekijä. Tuberkuloosi- eli BCG-rokote ja kurkkumätä-rokote olivat suosittuja, sillä rokotteiden teho alkoi olla maallikoidenkin tiedossa. Sen sijaan isorokkorokotukseen suhtauduttiin usein kielteisesti

Komitean vuonna 1950 julkaistussa mietinnössä suositeltiin rokotusten toteuttamista vapaaehtoisuuden pohjalla. Poikkeuksen muodostivat puolustusvoimat ja tietyt valtion organisaatiot, jotka saattoivat itse määrätä rokotuskäytäntönsä. Tärkeänä näkökohtana korkean kattavuuden saamiseksi pidettiin toiminnan mahdollisimman suurta vaivattomuutta. Siksi rokotusten piti ”muodostua osaksi siitä ehkäisevästä lasten terveydenhoidosta, jota meillä yhä laajenevassa mitassa harjoitetaan”, ja ne oli pyrittävä ”mahdollisuuksien mukaan” suorittamaan äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koululääkäreiden vastaanotoilla.¹²¹⁸

Uuden, vuonna 1952 voimaan tulleen rokotuslain mukaan kaikki rokotukset tulivat vapaaehtoisiksi yllämainittuja poikkeuksia lukuun ottamatta. Lakiin kuitenkin jätettiin valtiovallalle epidemian uhatessa mahdollisuus määrätä pakollinen joukkorokotus¹²¹⁹. Valtion hankkimat rokotteet olivat kunnille ja samalla myös rokotettaville ilmaisia.¹²²⁰ On huomattava, että aiheesta ei käyty minkäänlaista kansalaiskeskustelua, vaan asiantuntijoista muodostetun rokotuskomitean ehdotukset menivät sellaisenaan läpi eduskunnassa.

Rokotusten vapaaehtoisuus ei muissa Pohjoismaissa ollut itsestäänselvyys. Ruotsissa isorokkorokotus jäi edelleen pakolliseksi. Norjalla oli vanhat perinteet pakkotoimien käytössä infektioiden torjunnassa.¹²²¹ Siellä vuoden 1954 uudessa rokotuslaissa isorokkorokotus jäi edelleen pakolliseksi, ja toisen maailmansodan jälkeen pakolliseksi vuonna 1947 määrätty BCG-rokotus tuberkuliininegatiivisilla koululaisilla muuttui vapaaehtoiseksi vasta vuonna 1994 uuden rokotuslain myötä.¹²²²

Sairaanhoitajien rokotusoikeudesta keskusteltiin vilkkaasti lääkäreiden keskuudessa. Rokotuskomitean jäsenen Viljo Rantasalon käsityksen mukaan lääkäri vastasi toiminnasta ja samalla myös rokottamisen yhteydessä sattuneista mahdollisista vahingoista, sillä vain lääkäri saattoi ymmärtää syvällisemmin rokottamiseen liittyviä ongelmia. Sairaanhoitajan osuus rokottamisessa sen sijaan oli mekaaninen. Tulevan lain tarkoitus oli selvä: rokottami-

¹²¹⁷ Terveydenhoitolakikomitean mietintö No. 4 rokotuksista 1950. Severi Savonen oli aikaisemmin esittänyt kurkkumätärakotuksen säätämistä tulevaisuudessa pakolliseksi. Savonen, THL 1942

¹²¹⁸ Terveydenhoitolakikomitean mietintö No. 4 rokotuksista 1950.

¹²¹⁹ Tätä mahdollisuutta ei ole lain astuttua voimaan vuonna 1952 kertaakaan käytetty. Ylilääkäri Hanna Nohynek, THL: rokotusohjelmayksikko, henkilökohtainen tiedonanto huhtikuussa 2017. Uudessa vasta voimaan tullessa tartuntatautilaissa 1227/2016 vapaaehtoisuutta laajennettiin, sillä nyt myös puolustusvoimissa rokottaminen pohjautuu vapaaehtoisuuteen.

¹²²⁰ Terveydenhoitolakikomitean mietintö No. 4 rokotuksista 1950; Rokotuslaki 361/1951 ja asetus 697/1951 tulivat voimaan tammikuussa 1952.

¹²²¹ Isorokkorokotuksesta oli tullut pakollinen vuonna 1810. Lait leprapotilaiden eristämisestä säädettiin 1877 ja 1885 ja laki tuberkuloosin pakollisista eristystoimista jo vuonna 1900. Walsø, 2011 5.

¹²²² Walsø 2011; Harthug 2014.

nen kuului ainoastaan lääkärille, mutta vaikeissa olosuhteissa voitiin tehdä poikkeuksia.¹²²³ Lopullisessa laissa päädyttiin siihen, että kunnallisena rokotajana toimii lääkäri, mutta lääkintöhallitus tai lääninlääkäri voi antaa rokotusluvan myös terveyssisarelle, sairaanhoitajalle tai kättilölle. Rokotuslain sanamuoto 6§:ssä:

*Kunnallisena rokottajana toimii kaupungin- tai kunnanlääkäri tahi muu kunnan siihen tehtävään ottama laillistettu lääkäri. Lääkintöhallitus tai sen antaman valtuutuksen nojalla lääninlääkäri voi kuitenkin terveydenhoitolauslaskunnan esityksestä oikeuttaa asianmukaisen rokotuskoulutuksen saaneen terveyssisaren tai muun sairaanhoitajan tahi kättilön toimittamaan rokotuksia kunnissa.*¹²²⁴

jo sodan aikana oli kuitenkin muodostunut käytäntö, jonka mukaan rokotamisesta huolehti terveyssisar. Perusrokotukset annettiin yleensä neuvolas-
sa. Isorokkorokotteen huonon säilyvyyden vuoksi järjestettiin kuitenkin erilisiä rokotustilaisuuksia, joissa rokottajana toimi yleensä lääkäri.¹²²⁵

Rokotusten muuttuminen vapaaehtoisiksi aiheutti maallikoille suunnatuissa lehdissä jonkin verran kansalaisten vastuuntuntoon vetoavia artikkeleita. Lääkäri Väinö Pensala muistutti *Terveydenhoitolehdessä*, että ”jokaisen valistuneen kansalaisen” luulisi ymmärtävän rokotuksen suuren merkityksen taistelussa tarttuvia tauteja vastaan siksi hyvin, että huolehtisi itsensä ja huollettavansa rokottamisesta vaarallisimpia tarttuvia tauteja vastaan.¹²²⁶ Rokotuslain tultua voimaan neuvoloihin muodostui eräänlainen rokotusohjelma, johon kuului BCG-rokotus, isorokkorokotus sekä kurkkumätä- ja hinkuiskärokotus.

Rokotusohjelmasta valtiolle koituvia kustannuksia selviteltiin 1950-luvun loppupuolella. Yhden henkilön viiden vuoden aikana hankitun täydellisen rokotussuojan hinnaksi laskettiin 2170 markkaa, joka oli vuonna 1957 kaikkien sairaaloiden keskimääräinen bruttomääräinen hoitopäiväkustannus. Ennaltaehkäisevä toiminta oli siis ”erittäin halpaa” ja tuli maksamaan valtiolle vain ”häviävän murto-osan” siitä, mitä ”ennakkosuojan laiminlyöminen” merkitsi.¹²²⁷

Useimmissa neuvoloissa noudatettiin vuonna 1952 oheista rokotusjärjestystä:

- Kalmetointi (BCG) joko välittömästi synnytyksen jälkeen synnytyslaitoksella tai parin viikon kuluttua terveyssisaren toimesta neuvolassa, rokotus uusittiin tarvittaessa kouluikässä.
- Isorokkorokotus ennen kahden vuoden ikää.

¹²²³ Rantasalo 1948, 1153–1155.

¹²²⁴ Rokotuslaki 361/1951 ja asetus 697/1951.

¹²²⁵ Parmala 1959.

¹²²⁶ Pensala 1952, 18.

¹²²⁷ Kustannukset koostuivat rokkoaineen hinnasta, pakkaus- ja kuljetuskustannuksista, rokotuspalk-
kioista, terveyssisaren palkkauksen valtionosuuksista (rokottamiseen käytetty aika) ja varattomille
kunnille myönnettyistä valtionavustuksista rokottajien matkakustannuksiin. Parmala 1959, 671–672.
Samaan tulokseen tuli myös lääkintöhallitus vuoden 1957 vuosikertomuksessaan SVT XI 60, 1957,
20.

- Yhdistetty hinkuyskä- ja kurkkumätä rokotus (Per-Dif) kolmasti 3–6 kuukauden iässä, joka uusittiin 3–4 ja 7 vuoden iässä.¹²²⁸

Rokotusohjelma laajeni 1950-luvun puolenvälin jälkeen jäykkäkouristus- ja poliorokotteilla, jolloin Per-Dif-rokote korvattiin PDT-kolmoisrokotteella. (hinkuyskä-, kurkkumätä- ja jäykkäkouristusrokote).¹²²⁹ BCG- ja poliorokotetta lukuun ottamatta rokotteet tuotettiin kotimaassa. Lääkintöhallituksen vuonna 1957 julkaistu määräys lasten rokotusohjelmasta vakiinnutti ja yhtenäisti käytäntöjä.¹²³⁰ Esittelen seuraavaksi lyhyesti 1950-luvun loppuun mennessä käyttöön tulleet rokotteet.¹²³¹

Maailman täydellisimmin BCG-rokotettu kansa

BCG-rokotus muodostui 1950-luvulle tultaessa terveydenhuollon rutiinitoimenpiteeksi, jonka pääasiallinen kohderyhmä oli vastasyntyneet lapset. Synnytysten siirtyessä sairaaloihin 1950-luvun loppuun mennessä annettiin rokotus yleensä ennen kotiutusta. STVY huolehti rokotteiden jakelusta vuoteen 1959 asti, jolloin tehtävä siirtyi Valtion Seerumlaitokselle.¹²³²

Sodan aikana tuberkuloosin leviämistä oli pelätty sekä rintamalla että siviiliväestön keskuudessa. Miesten kohdalla hengityselinten tuberkuloosikuolleisuus nousi selvästi, jolloin huippu oli vuonna 1943. Sen sijaan naisten ja alle 15-vuotiaiden lasten kohdalla 1930-luvulla alkanut kuolleisuuden lasku jatkui entisellään myös sotavuosina. 1940-luvun lopulla kaikissa ikäryhmissä kuolleisuus romahti olojen vakiintumisen ja uusien tuberkuloosilääkkeiden ansiosta. Tuberkuloosisairastavuuden kehitystä on mahdollista tarkastella Helsingissä, jossa sitä oli tilastoitu jo vuodesta 1909 alkaen. Korkeat luvut osuivat Helsingissä 1930-luvun pulavuosiin ja toisen maailmansodan loppuvaiheeseen. Näin tapahtui myös lapsilla, joiden kohdalla sairastumishuippu oli kuvion 8 mukaisesti vuosina 1944–45.¹²³³ Vuodesta 1948 alkaen alettiin saada, aluksi lahjoituksena Ruotsista Nobel Standardilta, Sveitsin

¹²²⁸ Pensala 1952, 18.

¹²²⁹ PDT = Pertussis, Difteria, Tetanus. SVT XI 60, 1957, 19.

¹²³⁰ Kotimainen kurkkumätärakotetuotanto oli lähtenyt käyntiin puolustusvoimien bakteerilaboratoriossa jo vuonna 1942 ruotsalaisten bakteriologien avustuksella. Rokotetuotanto siirtyi Orionille vuonna 1944, jolloin varsinaista katkosta rokotteiden tuotantoon ei tullut. Orionilla kehitettiin myöhemmin hinkuyskä- ja jäykkäkouristusrokotteet. Vuodesta 1962 siirryttiin käyttämään Valtion seerumlaitoksen valmistamaa kolmoisrokotetta. Henkilökohtainen tiedonanto Tapani Kuronen, Kansanterveyslaboratorion keskuslaboratorion rokoteosaston eläkkeellä oleva johtaja; Härö ja Raunio 1990, 84–85, 87; Parpola ja Joutsivuo 2017, 57.

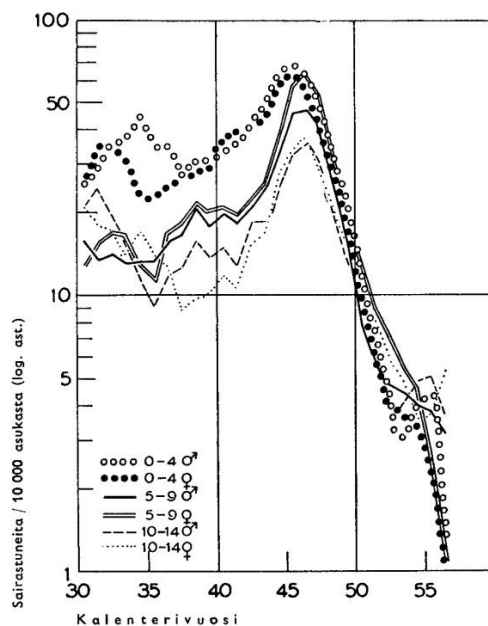
¹²³¹ Rokotusohjelma laajeni seuraavan kerran vasta 1970-luvulla, jolloin alettiin rokottaa ns. MPR-tauteja, eli tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan.

¹²³² Vaikka rokotukset periaatteessa olivat vapaaehtoisia, vuosina 1954–58 rokotettiin valtioneuvoston päätöksen perusteella pakollisesti myös kaikki tuberkuliinikielteiset 19-vuotiaat. Tavoitteena oli lisätä vastustuskykyä ennen asevelvollisuutta ja siirtymistä työelämään. Härö 1992, 172. Tuberkuloosintorjuntaa tehostettiin pienoisoröntgen-joukkokuvauksilla, jotka vuonna 1949 muuttuivat pakollisiksi. Vuonna 1989 luovuttiin joukkokuvauksista, joita siihen mennessä oli otettu noin 40 miljoonaa kappaletta. Härö 1992, 174–178.

¹²³³ Härö ja Pätiälä 1958, 677–702. Tuberkuloosisairastavuudesta on maan kattavia ikä- ja sukupuolen mukaan eriteltystä tilastoista saatavissa vasta vuodesta 1954 lähtien.

Don Suisselta ja UNICEF:lta streptomysiini-antibioottia, joka ohjattiin yksinomaan pienten lasten vaikeiden tuberkuloosimuotojen hoitoon.¹²³⁴ Vuonna 1952 tuli markkinoille uusi tuberkuloosilääke INH.¹²³⁵

Kuvio 8 Lasten sairastuvuus hengityselinten tuberkuloosiin Helsingissä 1930–1956 ikäluokittain.



Lähde: Härö ja Pätiälä 1958, 695.

BCG-rokotukset olivat edenneet verkkaisesti sodan aikana, mutta rauhan tultua toiminta vilkastui. Rokotteet saatiin Göteborgin Pasteur-instituutista ilmaiseksi humanitaarisena lahjoituksena vuoteen 1950 saakka.¹²³⁶ Vuodesta 1948 tuli STVY:n organisoima ”massarokotusvuosi”. (kuvio 9) Toimintaa tuki taloudellisesti ja materiaalisesti kansainvälinen konsortio ITC (*International Tuberculosis Campaign*), joka organisoi laajan kansainvälisen rokotuskampanjan sodanjälkeisinä vuosina.¹²³⁷

Rokotuskampanja kohdistui erityisesti lapsiin ja nuorisoon. Kaikki 15–25-vuotiaat nuoret saivat rokotukseen henkilökohtaisen kutsun, jota noudatti 60–80 prosenttia kutsutuista. Käytännön työstä vastasivat terveystyöntekijät ja

¹²³⁴ Pk:t 2.6.1947 ja 7.9.1948 Ca 6 sekä Vk 1948 Db 1, SHTMK, SH, JyMA.

¹²³⁵ Härö ja Mäkipaja 1966, 50.

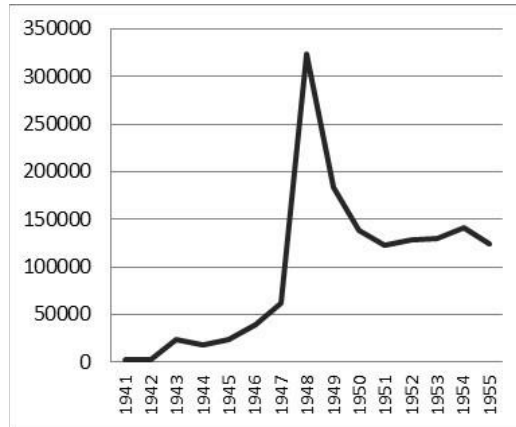
¹²³⁶ Härö 1992, 171. Instituuttia johti vuodesta 1950 lähtien suomalainen professori Olof Sievers, joka muutti Ruotsiin sodan jälkeen vuonna 1944. Hän oli sotavuosina toiminut puolustusvoimien bakteerilaboratorion päällikkönä. *Suomen lääkärit* 1952.

¹²³⁷ UNICEF yhdessä Ruotsin ja Tanskan Punaisten Ristin yhdistysten ja Norjan Euroopan avun kanssa. ITC: kts. Comstock 1994, 528–540; Iversen 1953; Härö 1992, 173.

sairaanhoidajat, jotka tehtyään ensin 740 000 henkilölle tuberkuliinikokeen rokottivat 325 000 testiin negatiivisesti reagoivutta. Vuoden 1948 jälkeen Suomessa asui ”maailman täydellisimmin BCG-rokotettu kansa”.¹²³⁸

Kuvio 9

BCG-rokotukset Suomessa vuosina 1941–1955.



Lähde: Härö 1992, 170.

1948 voimaantulleessa tuberkuloosilaissa tartuttavan tuberkuloosin hoito ja eristäminen tulivat pakollisiksi, samoin kuin yli 15-vuotiaiden henkilöiden tuberkuloositarkastukset, käytännössä pienenisröntgenkuvaukset. Laki määräsi myös, että ”suojarokottamattomia” tuberkuliinikielteisiä henkilöitä ei voitu ottaa tietyihin töihin ja oppilaitoksiin esimerkiksi terveydenhoidon ja lastenhoidon alalla. Tämä merkitsi käytännössä pakollista BCG-rokotusta.¹²³⁹

Kun 1960-luvulla tarkasteltiin tuberkuloosin sairastavuutta ja kuolleisuutta vähentäneitä tekijöitä, tärkeimpinä pidettiin lääkkeitä, diagnostiikan parantumista ja yleistä elintason nousua. Aikaisen diagnostiikan, hoitoonohjauksen ja tehokkaan lääkityksen ansiosta tartuttavien henkilöiden määrä pieneni väestössä. Tämä oli erityisen tärkeää pienten lasten kohdalla, joiden ympäristössä ei enää ollut tautia tartuttavia aikuisia. BCG-rokotuksen merkitys kuolleisuuden alenemisessa 1940-luvun lopulla oli epäselvä, sillä rokotuskattavuus oli lapsilla vielä varsin alhainen.¹²⁴⁰

Tuberkuloosi oli kuitenkin kaikissa ikäryhmissä yleinen sairaus vielä 1950-luvulla, vaikka taudin aiheuttamat kuolemat vähenivät nopeasti. Tuberkuloosihuolto rokotuksineen ja tuberkuliinitesteineen oli pitkään tärkeä osa neuvolatoimintaa. Tauti itsessään väheni jatkuvasti. Se lakkasi olemasta varsinainen ”kansallisvaara” 1980-luvulla, kun sairastuneiden luku laski alle

¹²³⁸ Härö 1992, 170–172.

¹²³⁹ Tuberkuloosilaki 649/1948.

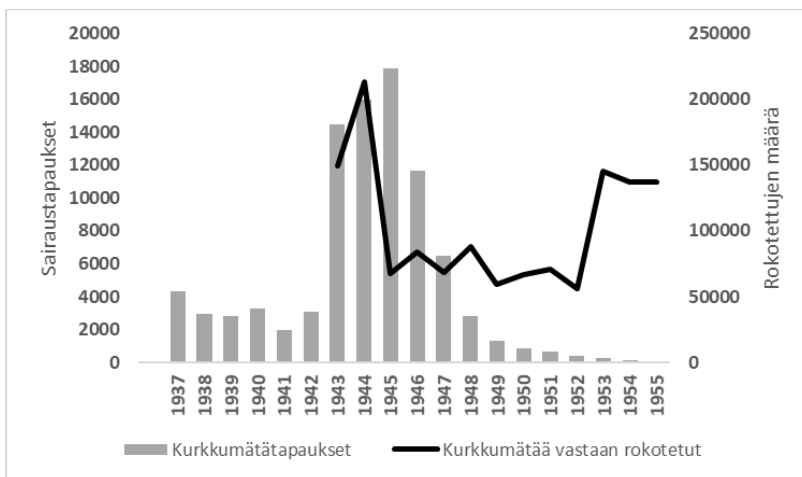
¹²⁴⁰ Härö ja Mäkipaja 1966, 45–51.

2000:een vuodessa. Rutiininomaiset BCG-rokotukset lopetettiin kuitenkin vasta vuonna 2006.¹²⁴¹

Kurkkumätä jää historiaan

Vuoteen 1948 mennessä oli Suomessa rokotettu yli 600 000 henkilöä kurkkumätää vastaan. Sodan aikana käynnistynyt kurkkumätäepidemia jatkui noin vuoteen 1949 saakka, johon mennessä oli diagnosoitu noin 76 000 tapausta.¹²⁴² Rokote oli todettu tehokkaaksi: kun eräällä paikkakunnalla rokotettujen (241200) ja rokottamattomien (197000) sairastavuutta vuosina 1944–1945 verrattiin toisiinsa, sairastui rokotetuista ainoastaan 0,3 prosenttia, kun taas rokottamattomista sairastui 2,9 prosenttia. Rokotettujen ryhmässä kuoli 19 henkilöä ja rokottamattomien ryhmässä vastaavasti 251 henkilöä.¹²⁴³

Kuvio 10 Kurkkumätätapaukset 1937–1955 (pylväät) ja kurkkumätää vastaan rokotetut 1943–1955 (viiva). Huomaa y-akselien välinen mittakaavaero.



Lähde: SVT 1940–1956 Kulkutaudit ja SVT XI, 1939–1952, 1953–54 ja 1955 Rokotettujen määrä. Tarkat luvut liitteissä 5. ja 6.

Sodan jälkeisinä vuosina propaganda kurkkumätärokotusten puolesta oli kiihkeää, sillä tauti levisi nopeasti kaupunkien ahtaissa olosuhteissa. Kurkkumädästä oli tullut ”todellinen kansantauti”, jota oli ryhdyttävä ”tarmokkaasti torjumaan”. Tauti saattoi levitä epäsuorasti myös elintarvikkeen välityksellä. Bakteerin saastuttama maito toimi tartunnanlähteenä vuonna 1946

¹²⁴¹ Tala-Heikkilä 2003, 1623; Salo 2006.

¹²⁴² Sairastuneista kuoli noin 4000, eli kuolleisuus oli noin 5,2 prosenttia. Kulkutaudit STV 1950–1953; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö No. 4 rokotuksista 1950. Tarkemmat luvut kts. liite 5.

¹²⁴³ Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö No. 4 rokotuksista 1950; SVT 1950–1953, kulkutaudit ja kuolemansyyt.

Helsingissä 200 henkilön kurkkumätäepidemiassa. Sairastuneiden joukossa oli vain vähän pikkulapsia, sillä rokotuskattavuus oli Helsingin neuvoloissa korkea.¹²⁴⁴

KOLHASKYMMENES
VUOSIKERTA
PÄÄTOIMITTAJA:
ILMARI TURJA

SUOMEN KUVALEHTI

N:o 45 — 1946

HELSINGISSÄ
MARRASKUUN 9. p:nä
OSOITE: HELSINKI
BULEVARDI 7

KURKKUMÄTÄ RAIVOOAA

ROKOTUS PAKOLLISEKSI!

V. 1942 lopulla alkanut kurkkumätäepidemia jatkuu maassamme vähentymättömällä voimalla ja se on levinnyt Suomen jokaiseen kolkkaan. Epidemia on vaatinut tähän mennessä arviolta 60 000 sairastunutta ja 4 000 kuolonuhria. Se on siis vaikeimpia ja laajimpia, mitä meidän maassamme on koskaan ollut.

Epidemiasta on päästävä ja siltä voidaankin päästä, nimittäin täydellisen suojarokotuksen avulla. On vain kysymys siitä, mitenkä mahdollisimman monet 1/2—30-vuotiaista saataisiin rokotetuiksi tätä tuhoavaa kulkutautia vastaan. Terveydenhoito-

viranomaiset ovat monin eri tavoin koettaneet malnosta vapaaehtoisen kurkkumätärokotuksen puolesta, joka on täysin vaaraton. Näyttää kuitenkin siltä, ettei tämä tie johda tarpeeksi nopeasti kyllin hyvin tuloksiin. Tällöin on ainoana mahdollisuutena: määrätä lailla kurkkumätärrokotus pakolliseksi. Mikäli tiedetään onkin kyselynen laki jo tekeillä. Toivottavasti kansanedustajissa ei ole ketään niin ajattelematonta, joka asettuisi lakia vastustamaan. Nopeat toimenpiteet ovat tarpeen, sillä jokainen päivä vaatii nuoren uhrinsa joko sairastumisen tai kuoleman muodossa.

KURKKUMÄTÄBASILLI JATKAA SODANKÄYNTIÄ

NÄIN SE ALKOI: maailmansodan riehussa kurkkumätäbasilli käytti hyväkseen sodanaikaisia epäedullisia hygienisiä olosuhteita, kuten

1. väestönsiirtoja...

2. ahtaita asuintiloja jne.

3. Se pääsi valloilleen...

4. lähti liikkeelle...

5. ja leveli nopeasti yli koko maan

6. valitun uhrin: ei vanhoja vaan lapsia ja parhassa iässä olevia yksilöitä.

7. Sen 'voittoina' oli:

Vuonna	Sairastuneita	Kuolleita
1941	1 932	218
1942	3 058	303
1943	14 513	811
1944	16 019	1 149
1945	17 899	1 005
1946 (31.8.46 asti)	7 197	—

8. Muut sotaikäyneet hierovat rauhas, kurkkumätäbasilli vain 'hyökkää'. Tällöin meillä ei ole muuta valinnan varaa kuin puolustautua 'atomipommitilamme', joka on: ➤

9. Vasta silloin, kun mahdollisimman monet 1/2—30-vuotiaista ovat rokotetut kurkkumätää vastaan, vasta silloin voimme odottaa lopullista voittoa ja epidemian häviämistä.

Ei riitä, että vain lääkintäviranomaiset tekevät parhaansa, vaan: — lasten vanhempien on annettava rokotaa lapsensa — opettajien on kehoitettava oppilaitaan, työnantajien työntekijöitään ja nuorisajohtajien yhdistystensä jäseniä rokotuttamaan itsensä.

10. Jos ei muu auta, on maan isien toimittava niin, että rokotus on lailla määräämää toimenpide, jolloin

11. kurkkumätäbasillit kuolevat sukupuuttoon ➔ 12. ja maa on jälleen kurkkumädästä vapaa.

Kuva 13 Kovin sotilaallisessa jutussa kurkkumätärrokotetta ehdotettiin pakolliseksi. Kurkkumätärrokote on kotimaista lääketehdas Orionin tuotantoa. Kuva Suomen Kuva-lehti 45/1946, 5.

¹²⁴⁴ Leppo 1946, 80–82, 101; Pensala 1948, 19; Lahdensuu 1950, 886.

Vuonna 1946 ilmestyneessä *Suomen Kuvalehdessä* ehdotettiin rokotusta pakolliseksi. (kuva 13) Kielenkäyttö oli kovaa. ”Meillä ei ole muuta valinnan varaa kuin puolustautua ’atomipommillamme’, joka on kurkkumätärokote”.¹²⁴⁵ Ankaria keinojakaan ei kaihdettu. Vuonna 1947 elokuvateattereissa esitettiin kahdeksan minuutin pituista dokumentaarista lyhytfilmiä lapsista kurkkumädän kourissa. Lapsia kuvattiin aivan läheltä, ilmeisesti Auroran kulkutautisairaalan kurkkumätäosastolla. Eräs lapsista oli kuoleman kielissä, eikä häntä elokuvan mukaan enää voitu pelastaa. Toisella lapsella, ”joka pelastettiin viime hetkellä”, oli henkitorvessaan metallinen hengitys- eli trakeostomiaputki, jota näytettiin lähikuvauksella. Ei herännyt epäilystäkään, kenen syytä lasten menehtyminen oli. Elokuvan sanoman mukaan kaikkien ”vastuuntuntoisten ihmisten” olisi tuotava lapsensa rokotettavaksi, jotta ei menetettäisi lisää lapsia.¹²⁴⁶

Kuvion 10 mukaisesti vuonna 1944 rokotettujen määrä ylitti 200 000, jolloin pääkohteena olivat kouluikäiset lapset. Vuodesta 1953 lähtien kurkkumätä-hinkuyskärökote oli osa neuvoloiden perusohjelmaa, jolloin pääosa rokotetuista oli alle kouluikäisiä.¹²⁴⁷

Hinkuyskärökote tärkeä pikkuvauvoille

Hinkuyskä on pisaratartuntana leviävä bakteerin aiheuttama tauti, jonka tyypillinen oire on jopa useita viikkoja kestävä puuskittainen, tikahduttava yskä. Hinkuyskän vakavimmat muodot esiintyvät pienillä lapsilla, joilla tauti voi olla hengenvaarallinen, sillä alle kaksivuotiaista noin 20 prosenttia saa jälkitautina keuhkokuumeen. Suomessa vuosien 1940–41 ja 1945 vaikeissa hinkuyskäepidemiaissa kuoli kummassakin noin 400–450 pikkulasta, joista valtaosa oli alle puolivuotiaita.¹²⁴⁸

Ensimmäinen hinkuyskärökote tuli markkinoille Yhdysvalloissa jo vuonna 1914, tanskalaisen Madsenin vuonna 1925 kehittämää rokotetta käytettiin jo laajemmin. Yhdysvalloissa sen suojaava teho osoitettiin laajassa kenttätutkimuksessa 1930-luvulla, jolloin rokote oli jo kohtalaisen yleisessä käytössä.¹²⁴⁹ Talvisodan jälkeen hinkuyskärökotetta saatiin Suomeen jonkin verran lahjoituksena, ja jatkosodan aikana rokotetta alettiin valmistaa puolustusvoimien bakteriologisessa laboratoriossa. Rokotevalmistus siirtyi sodan jälkeen Orion-lääketehtaalte, jossa vuonna 1952 kurkkumätä- ja hinkuyskärökote yhdistettiin ja tuli myyntiin nimellä Orion DP-forte. Vuonna 1957 siihen oli liitetty myös jäykkäkouristus- eli tetanusrokote. Valtion seerumlaitos aloitti oman rokotteen valmistamisen vuonna 1952. Hinkuyskärökote ei ta-

¹²⁴⁵ *Suomen Kuvalehti* 45/1946, 5.

¹²⁴⁶ YLE Elävä arkisto: *Kurkkumätä tappoi tuhansia Suomessakin*. Verkkolähde.

¹²⁴⁷ Alle yksivuotiaiden määrä oli aluksi kovin pieni: esimerkiksi vuonna 1943 rokotettiin alle tuhat imeväistä. STV XI 1939–1952, 1953–54 ja 1955. Kts liite 6.

¹²⁴⁸ STV 1940–1956, kuolinsyytaulukko. 1980-luvulla ilmestyi kaksi kotimaista väitöskirjaa, jossa tarkasteltiin taudin epidemiologiaa ja serologiaa. Huovila 1981; Mertsola 1985. Suomessa ensimmäinen hinkuyskäbakteerin ominaisuuksia tutkiva väitöskirja ilmestyi jo vuonna 1917. Kyrklund 1917.

¹²⁴⁹ Huovila 1981, 31.

pettuja bakteereja sisältävänä niin sanottuna kokosolurokotteena ollut yhtä tehokas kuin kurkkumätärokote. Sen noin 80–90 prosentin suojia kesti vain muutaman vuoden, ja lisäksi se aiheutti myös paljon sivuvaikutuksia, kuten korkeaa kuumetta.¹²⁵⁰

Koska hinkuyskärokotteella pyrittiin suojaamaan aivan pieniä vauvoja, rokottaminen aloitettiin jo kolmen kuukauden iässä, monissa maissa jo kuuden viikon iästä alkaen. Hinkuyskäkuolemat vähenivät nopeasti vuoden 1951 jälkeen ja 1960-luvulla ne olivat jo poikkeuksellisia. Hinkuyskä ei kuitenkaan ole kurkkumädän tavoin kadonnut, ja rokotuksen tärkeimpänä tavoitteena onkin edelleen suojata alle vuoden ikäiset lapset, jotka saavat herkimmin komplikaatioita.¹²⁵¹

Jäykkäkouristusrokote ohjelmaan vasta vuonna 1957

Jäykkäkouristusrokote lienee rokotteista tunnetuin, sillä myös aikuisväestö joutuu uusimaan suojansa aina 10 vuoden välein. Kun rokotteita yleensä perusteltiin niiden kansanterveydellisellä merkityksellä, jäykkäkouristusrokotteen peruste oli sen sijaan yksilöllinen. Vaikka kyseessä ei ollut kulkutauti, jäykkäkouristuksen vaaran oletettiin kasvavan lisääntyneen moottoriajoneuvoliikenteen muodostaman onnettomuusriskin vuoksi.¹²⁵² Jäykkäkouristuksen eli tetanusin aiheuttaa *clostridium tetani*-nimisen bakteerin tuottama hermostoon hakeutuva myrkkä eli neurotoksiini. Bakteeria esiintyy yleisesti maaperässä ja haavaan joutuessaan se alkaa erittää toksiinia, joka leviää verenkierron kautta elimistöön 3–21 vuorokauden kuluessa. Tetanus johtaa hoitamattomana lähes aina kuolemaan, ja asianmukaisestikin hoidettuna kuolleisuus on 10–30 prosentin luokkaa.¹²⁵³

Jäykkäkouristus- eli tetanusrokote oli kehitetty jo 1920-luvulla, mutta Suomessa se liitettiin alle yksivuotiaiden rokotusohjelmaan vasta vuonna 1957 kolmoisrokotteen eli PDT:n osana. Ensimmäisenä vuotena rokotuskattavuus oli jo 35 prosenttia. Rokote oli ollut pitkään käytössä esimerkiksi Ranskassa, jossa se oli todettu tehokkaaksi ja turvalliseksi.¹²⁵⁴ Taudin kuolleisuus oli korkea parantuneista hoitomenetelmistä huolimatta. Vuosina 1931–1952 sairastui jäykkäkouristukseen 499 henkilöä, joista noin sata menehtyi. Jäykkäkouristuksen hoito oli kallista: vuonna 1969 arvioitiin, että kymmenen jäykkäkouristuspotilaan tehohoito aiheutti suuremmat kustannukset kuin yhden ikäluokan rokotus.¹²⁵⁵ Jäykkäkouristus on kuolinsyynä rokotuksen myötä käytännöllisesti hävinnyt.

¹²⁵⁰ Huovila 1981, 23, 31, 74.

¹²⁵¹ STV 1940–1956, kuolinsyytaulukko.

¹²⁵² Jäykkäkouristusriski kasvaa, jos maa-ainesta pääsee syvälle kudoksiin.

¹²⁵³ *Mikrobiologia ja infektiosairaudet*, osa I 2003, 228–229.

¹²⁵⁴ SVT XI: 60, 1957, 19. Orionin valmistama jäykkäkouristusrokote tuli käyttöön 1956 armeijassa ja lasten rokotuksissa v. 1957 DTP-yhdistelmärokotteena. Jäykkäkouristusrokote on niin sanottu toksiinrokote kurkkumätärokotteen tavoin. Muunnettu jäykkäkouristusbakteerin erittämä myrkkä eli toksiini aiheuttaa hyvän ja kestävä immuniteetin. Plotkin et al. 2013, 757–758; Parmala 1959.

¹²⁵⁵ Asp et al. 1969, 36–37.

Epäluuloa poliorokotusta kohtaan

Suomessa poliota esiintyi 1900-luvun alussa kausittain: diagnosoituja tapauksia oli vuosittain alle tuhat. Polio eli lapsihalvaus on viruksen aiheuttama sairaus, joka leviää ulosteiden mukana. Tartunta saadaan yleensä saastuneista vesistä. Valtaosa tartunnan saaneista ovat oireettomia, mutta noin 1:100–1:1000 saa halvausoireita. Poliota vastaan kehitettiin toisen maailmansodan jälkeen kaksi rokotetta. 1960-luvulla markkinoille tullut *Sabin*-rokote sisältää eläviä heikennettyjä viruksia ja annetaan suun kautta (OPV, ”sokeripalarokote”). Suomessa päädyttiin käyttämään inaktivoitua eli tapettua poliovirusta sisältävää ns. *Salk*-rokotetta (IPV).¹²⁵⁶

Uusiin rokotteisiin suhtauduttiin Suomessa yleensä myönteisesti. Polio-eli lapsihalvausrokote muodosti kuitenkin poikkeuksen. Vuonna 1954 saatiin maahan Salk-tyypistä¹²⁵⁷ poliorokotetta noin 20 000 lapsen koesarjaa varten. Suomi osallistui ainoana maana Euroopassa tutkimukseen, jonka tarkoituksena oli arvioida rokotteen käyttökelpoisuutta ja tehokkuutta. Kyseessä oli ensimmäinen kaksoissokkometelmällä toteutettu ja myös historian suurin rokotetutkimus, johon osallistui 1,8 miljoonaa lasta. Rokote sai myyntiluvan Yhdysvalloissa huhtikuussa 1955. Poliorokotukset eivät kuitenkaan sujuneet täysin ongelmatta, sillä vuonna 1955 sattui niin sanottu ”Cutter-tapaus”, jossa Cutter-lääketehtaan rokotteen valmistusprosessi oli viallinen: virukset olivat inaktivoituneet epätäydellisesti. Valmistusvirheen seurauksena rokote tartutti polion 260 lapseen, joista kymmenen menehtyi. Prosessia korjattiin, eikä ongelma enää toistunut.¹²⁵⁸ Tiedot ulkomailla sattuneista poliorokotusten aiheuttamista sairastumisista saivat suomalaiset vanhemmat kuitenkin suhtautumaan torjuvasti rokotteeseen, vaikka Suomessa ei ongelmia missään vaiheessa todettu.¹²⁵⁹

Rokote oli tehokas, mutta kallis. Toiminta käynnistyi osittain lahjoitusvaroin, sillä ruotsalainen suurliikemies Wennergren teki presidentti Paasikiven välityksellä lahjoituksen polion vastaiseen toimintaan. Rokkoainetta tarjottiin vuonna 1957 kaikkiin maan kuntiin, mutta yli 60 kuntaa ei kuitenkaan katsonut poliorokotuksia aiheelliseksi.¹²⁶⁰ Ensimmäisenä vuonna rokotettiin kuitenkin noin 300 000 koululaista, ja vuodesta 1958 alkaen rokotus oli jo liitetty neuvoloiden rokotusohjelmaan. Kuvion 11 mukaisesti polion esiintyvyys alkoi vähentyä, mutta vuosina 1959–60 suurehkoissa epidemiassa sairastui vielä lähes 600 henkilöä.¹²⁶¹

¹²⁵⁶ *Mikrobiologia ja infektiosairaudet*, osa 1 2003, 456–458, 461–462.

¹²⁵⁷ Rokote on saanut nimensä kehittäjänsä Thomas Francis Salkin mukaan. Valtion seerumlaitoksen tutkija virologi Kari Penttinen oli työskennellyt USA:ssa Salkin laboratoriossa, josta rokotetta saatiin Suomeen kokeiluluvalla. SALK-rokote sisälsi tapettua poliovirusta. Härö 1990, 92–94.; Utrai-nen 2005. Verkkolähde.

¹²⁵⁸ Plotkin et al. 2013, 9.

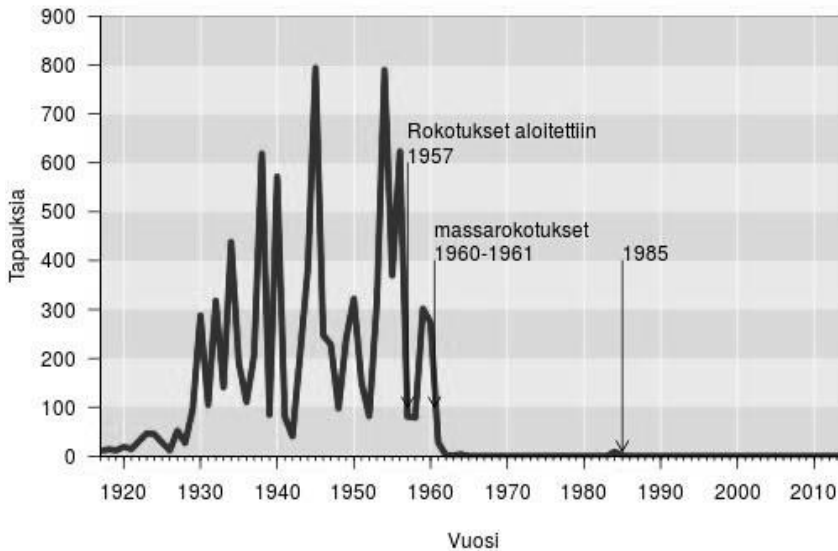
¹²⁵⁹ SVT XI 1957, 19 Härö 1990, 93–94; Parmala 1959, 663.

¹²⁶⁰ Härö 1990, 93–94; Parmala 1959, 663.

¹²⁶¹ Viimeinen poliotapaus oli vuonna 1964. Vuonna 1984 havaittiin kuitenkin yllättäen yhdeksän poliotapusta Suomessa. Orastava epidemia saatiin hallintaan laajalla vapaaehtoisella rokotuskampan-

Kuvio 11

Poliotapausten esiintyminen Suomessa 1917–2014.



Lähde: THL: Polion esiintyvyys Suomessa. Verkkolähde.

7.6 Rokotemyönteisyys valikoivaa

Perheet suhtautuivat Leea Liuksialan mukaan rokotuksiin 1950-luvun alussa pääosin myönteisesti, sillä 215 haastatellusta 82 prosenttia hyväksyi rokotamisen.¹²⁶² Alueelliset erot olivat selviä. Eniten kielteisiä kantoja oli Vaasan läänissä, jossa 41 vastaajasta 10 suhtautui rokotukseen kielteisesti. Viereisessä Oulun läänissä taas negatiivisia asenteita ei ollut laisinkaan.¹²⁶³

Myönteisesti rokotuksiin suhtautuvat perustelivat vastauksiaan esimerkiksi seuraavasti:¹²⁶⁴

- *Jos jotain sattuu, on varalta kuitenkin rokotettu.*
- *Rokotus paikallaan, oli kerran ihan hengen päällä, mutta heti auttoi, kun pistettiin.*

jalla, jolloin koko väestö rokotettiin elävällä heikennetyllä Sabin-rokotteella, ns. sokeripalarokotteella, kahden viikon sisään. Härö 1990, 94; Utriainen 2005. Verkkolähde.

¹²⁶² Kysymys esitettiin muodossa: ”Mitä mieltä olette siitä, että nykyisin pyritään kaikki terveet lapset rokottamaan esim. kurkkumätää vastaan?” 14,9 % hyväksyi ehdottomasti. 67 % hyväksyi, 7,9 % indifferenti kanta, 7,9 % ei hyväksy ja 2,3 % ehdottomasti ei hyväksy.

¹²⁶³ Liuksiala 1954, 263. Myös nykyään entisen Vaasan läänin alueella nähdään maan matalimmat rokotuskattavuudet. Vuonna 2015 Pietarsaaren alueella vuonna 2012 syntyneiden rokotuskattavuus rotarokotteessa oli 35–75 %, kun se koko maassa oli 84 %. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL): *Pikkulasten rokotusohjelman rokotuskattavuusraportti*. Terveyskeskus Pietarsaari. Verkkolähde.; *Pietarsaareissa kaksi viidestä ei ota Rota-rokotetta – Rokotevastaiset seudut huolestuttavat viranomaisia*. Helsingin Sanomat 2.8.2015.

¹²⁶⁴ Liuksiala 1954, 263.

- *Ennen kuolivat paljon enemmän, kun ei rokotettu.*

Välinpitämättömästi tai negatiivisesti suhtautuvat perustelivat kantaansa esimerkiksi näin:¹²⁶⁵

- *En osaa sanoa. Mätää pannaan ihmiseen, veri vaihtuu toiseksi.*
- *Tekevät sairaksi terveitä lapsia.*
- *Rokotusten takia lakkaa kasvamasta, jos pienenä lapsena rokote-taan.*

Haastatteluissa tuli esiin vaihtelevia käsityksiä rokotuksesta. Toiset uskoivat sen parantavaan tehoon, toiset pitivät sitä tarpeellisena vasta epidemian puhjettua. Useat sekoittivat sen lääke-, kuten esimerkiksi penisilliinipistok-siin, joiden tehoon yleensä vahvasti luotettiin.¹²⁶⁶

Rokotuskattavuus ei 1950-luvun alussa ollut vielä kovin korkeaa, vaikka vastuuntuntoa painotettiin tiedotuksessa ja valistuksessa. Rokottamatto-muuden syitä selviteltiin sen vuoksi useissa tutkimuksissa 1950- ja 1960-luvulla. Vanhin on lääkäri Rolf Nordmanin selvitys vuodelta 1956, jossa tar-kasteltiin Turun ja Porin läänin rokotustilastoja ja vanhempien mielipiteitä rokotuksista.¹²⁶⁷ Alle yksivuotiaiden hinkuyskä-kurkkumätärokotuksen kat-tavuus oli taulukko 29 mukaan noussut lähes 50 prosenttiin vuonna 1955.

Taulukko 29. *Turun ja Porin läänissä alle 1-vuotiaina neuvolassa hinkuskää ja kurkkumätää vastaan rokotetut (per.dif.) vuosina 1952–1955.*

Vuosi	Syntyneitä	Per.dif.rokotus	Prosenttiosuus syntyneistä
1952	13062	1244	9,52
1953	12155	3679	30,26
1954	12162	4716	38,77
1955	11592	5622	48,49

Lähde: Nordman 1956, 374.

Rokottamatta jättämisen syitä selvitettiin lähettämällä kyselykaavakkeet tu-hannelle vanhemmalle, joilla oli rokottamattomia neuvolaikäisiä lapsia. Vas-tauksia saatiin 303 kappaletta. Taulukossa 30 on esitetty tärkeimmät rokot-tamattomuuden syyt. Oli tavallista, että lasten pelättiin sairastuvan rokotuk-sesta tai saavan rokkoaineesta tartunnan. Kysyttiin myös, kuka ottaa vas-tuun, jos lapselle tapahtuu jotakin. Rokotuksen estäviksi sairauksiksi esitet-tiin maitorupea ja lapsen yleistä heikkoutta. Vastaajista 45 prosenttia ilmoitti selvästi vastustavansa rokotuksia.

Nordman päätteli tutkimustulosten perusteella, että valistusta olisi lisät-tävä. Vanhemmille olisi selvitettävä, miksi rokotuksia tarvitaan, kun kulku-tauteja ei ole liikkeellä. Lääkärin tehtävänä oli jatkuvasti tähdentää rokotuk-sen merkitystä, minkä vuoksi lääkärin pitäisi antaa ainakin ensimmäinen

¹²⁶⁵ Liuksiala 1954, 263–264.

¹²⁶⁶ Liuksiala 1954, 264.

¹²⁶⁷ Nordman 1956.

rokote. Kirjoittaja painotti, että rokotustoimintaa olisi jatkuvasti kehitettävä, sillä vilkkaiksi kehittyneet liikenneyhteydet olivat omiaan lisäämään tautien leviämistä.¹²⁶⁸ Artikkelin perusteella on mahdollista päätellä, että rokottamisen perusteet olivat vanhemmille vielä 1950-luvun puolivälissä epäselviä. Aivan ilmeisesti läänissä terveysisaret vastasivat käytännön rokottamisesta, mutta kirjoittajan käsityksen mukaan lääkärin auktoriteetti lisäisi rokotusmyönteisyyttä.

Taulukko 30. Vanhempien ilmoittamat syyt lapsensa rokottamatta jättämiselle Turun ja Porin läänissä vuonna 1955.

Syy	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Pelko	123	40
Vastenmielisyys	66	22
Saamattomuus	48	16
Lapsen sairaus	21	7
Sekalaisia syitä	45	15
Yhteensä	303	100

Lähde: Nordman 1956, 374.

Vuonna 1963 neuvola- ja kansakouluikäisten lasten rokottamattomuuden syitä selvittäneessä tutkimuksessa aineistona oli vuonna 1952 syntyneet koko maan kansakoulujen ensiluokkalaiset lukuvuonna 1959–60. Kalmetoinnin kattavuus oli paras, sillä vain 9,2 prosenttia lapsista oli jäänyt rokottamatta. Isorokossa luku oli 33,1 prosenttia, kurkkumädässä, hinkuyskässä, jäykkäkouristuksessa ja poliiossa rokottamattomien osuus oli noin 25 prosenttia. Artikkelin mukaan lastenneuvolan palveluita ”puutteellisesti käyttäneiden” seitsenvuotiaiden osuus oli samaan aikaan 28 prosenttia. Hyvinkään maalaiskunnassa oli vielä selvitetty rokottamatta jäämisen syitä 64 lapsen kohdalla. Tavallisin syy rokotuksen poisjäämiseen neuvolaiässä oli vanhempien ”saamattomuus”, mutta tämä ”laiminlyönti korjaantui kouluiässä”, jolloin lasten rokotukset saatiin hoidettua koulun toimesta. Rokotusten suoranainen vastustaminen oli vuosi vuodelta ”arvatenkin lähinnä valistuksen ansiosta ilahduttavasti pienentynyt”.¹²⁶⁹

Rokotuskattavuus nousi nopeasti myöhempien ikäluokkien kohdalla, sillä kun vuonna 1967 tarkastettiin koko maasta maaliskuussa 1956 syntyneiden terveyskortit, Calmette-rokotettuja oli 93,5 prosenttia, isorokkorokotettuja 69 prosenttia, poliorokotettuja 88 prosenttia ja kolmoisrokotteen eli PDT:n saaneita oli 94 prosenttia. Eniten kielteistä suhtautumista rokotuksiin esiintyi alimmassa sosiaaliryhmässä. Kaikkiaan rokottamattomien osuus oli kuitenkin pieni, ja alueelliset erot olivat myös vähäiset. Huomiota kiinnitti isorokkorokotuksen vähäinen suosio.¹²⁷⁰

¹²⁶⁸ Nordman 1956.

¹²⁶⁹ Wasz-Höckert et al. 1963. Ruotsissa rokotuskattavuus oli samaa suuruusluokkaa. 1950-luvun lopussa noin 70 % lastenneuvolalapsista saanut PDT-rokotuksen. Isorokkorokotus oli Ruotsissa pakollinen vielä 1970-luvulla, joten sen kattavuus oli Suomea korkeampi. Petersson 1975, 50–53.

¹²⁷⁰ Hultin 1967, 20–24.

Suomen korkea rokotusmyönteisyys oli siis osittain valikoivaa, sillä rokotamista jo ”sammuneeksi” katsottua tautia vastaan ei katsottu aina niin tarpeelliseksi. Kattavuudet PDT-rokotteissa nousivat 1950-luvun loppupuolella jo tarpeeksi korkealle, joten laumasuoja oli saavutettu. Tämän osoituksena vuodesta 1957 todettiin vain yksittäisiä kurkkumätätapauksia. Viimeinen tautitapaus todettiin vuonna 1961.¹²⁷¹

7.7 Suomen neuvolajärjestelmästä vientituote

Suomen lastenneuvolan traditiot ovat peräisin sekä saksalaisesta että anglosaksisesta kulttuurista. Toisen maailmansodan loputtua Suomen tieteessä tapahtui kuitenkin äkkikäännös kohti anglosaksista maailmaa. *Duodecim*-lehden artikkelien vieraskieliset yhteenvedot muuttuivat englanninkielisiksi jo vuonna 1945. Yhteydet ulkomaille avautuivat vuonna 1947, kun New Yorkissa järjestettiin ensimmäinen sodanjälkeinen pediatrikongressi, jonne ”amerikkalainen pediatriaseura”¹²⁷² oli kutsunut seitsemän suomalaista lastenlääkärinä ja tarjonnut ilmaisen matkan.¹²⁷³

Professori Ylppö pystyi kansainvälisten suhteidensa ansioista järjestämään oppilailleen opintomatkoja Yhdysvaltoihin. Niilo Hallman, tuleva lastentautien professori ja Ylpön seuraaja Helsingin lastenkliniikalla, aloitti jatko-opintonsa Rockefeller-stipendiaattina Harvardin yliopistossa jo vuonna 1947.¹²⁷⁴ ASLA- ja Fulbright-stipendejä alettiin jakaa 1940-luvun lopulla.¹²⁷⁵ Yhdysvaltalaiset apurahat olivat osa kylmää sotaa, mutta samalla ne merkitsivät huomattavan nopeaa modernisaatiota Suomen luonnon- ja lääketieteen tutkimuksessa.

Rockefeller-säätiön tukema Helsingin maalaiskunnan malliterveysasema toimi monelle terveydenhuollon ammattilaiselle ponnahduslautana kansainvälisiin tehtäviin. Vuonna 1946 terveysasema siirtyi Uudenmaan lääninlääkärintöimiston alaiseksi läänin terveydenhoidon opetusalueeksi. Rockefeller-säätiö tuki toimintaa vuoteen 1956 asti, jona aikana se rahoitti myös useiden lääkäreiden ja sairaanhoitohenkilökunnan ulkomaisia opintoja. Alueella kehitettiin uusia työmuotoja, jotka myöhemmin levisivät yleiseen käyttöön. Esimerkiksi kuulotutkimukset otettiin kokeiluvaiheen jälkeen käyttöön koko maassa. 1950-luvun alussa alettiin keskustella terveyden psyykkisestä ja sosiaalisesta osa-alueesta. Toiminnan ollessa laajimmillaan oli eri erikoisalojen asiantuntijoita seitsemän: äitiyshuoltolääkäri, lastenhuoltolääkäri, psykiatri-nen sairaanhoitaja, sosiaalihoitaja, ravintoneuvoja ja terveystarkastaja. Keskus toimi myös WHO:n kansainvälisenä opetuskenttänä: peräti 64 ulkomaista vierailijaa tutustui alueen työskentelyyn vuosina 1951 ja 1952. Vuonna

¹²⁷¹ STV 1963, taulukko 304, 311.

¹²⁷² American Society of Pediatrics

¹²⁷³ Ylppö 1964, 339.

¹²⁷⁴ *Suomen lääkärin* 1967.

¹²⁷⁵ Fulbright Center: *Toiminnan historiaa*. Verkkolähde.

1959 siellä järjestettiin *Rural Public Health*-kurssi. Opetusalueen toiminta lakkasi vuonna 1960.¹²⁷⁶

Sotavuodet kouluttivat suomalaisesta terveydenhuoltohenkilöstöstä monitaitajia, jotka joutuivat vaatimattomissa olosuhteissa kehittämään omia innovatiivisia kykyjään, tietojaan ja taitojaan. Sekä sota- että siviilirintamalla oli rakennettu toimivia, vähän resursseja vaativia järjestelmiä, joiden tulokset näkyivät jo sota-aikana. Puolustusvoimien epidemiantorjunta oli osoittautunut menestyksekkääksi.¹²⁷⁷ Suomalainen kättilö- ja terveyssisarvetoinen äitiys- ja lastenneuvola terveystaloiheen oli halpa ja tehokas vientituotteeksi soveltuva perusterveydenhuollon ”karvalakkimalli” maaseutuvaltaisiin kehitysmättömiin olosuhteisiin. Niinpä oli luonnollista, että Suomen terveydenhuollon asiantuntijoita pyydettiin kansainvälisiin kehitystehtäviin.



Kuva 14 Erkki Leppo (pöydän päädyssä) Genevessä WHO:n äitiys- ja lastenhuoltojaoston kokouksessa. Valtaosa kokouksen osaanottajista on naisia. Kuva: Kimmo Lepon yksityisarkisto.

Malliterveysaseman ensimmäinen terveydenhoitolääkäri Erkki Leppo kutsuttiin vuoden 1948 alusta maailman terveysjärjestön WHO:n äitiys- ja lastenhuoltojaostoon asiantuntijaksi Geneveen. Syksyllä 1949 Leppo lähetettiin Etelä-Koreaan pystyttämään äitiys- ja lastenhuoltotoimintaa. Vauhdikkaassa matkakertomuksessaan Leppo kertoo, kuinka hän joutui äkillisesti alkaneen Korean sodan vuoksi jättämään maan viimeisellä siviililentokoneella Japaniin. Leppo palasi Geneveen kahdeksan kuukauden kuluttua vuonna 1950. Paluumatkallaan hän tapasi New Delhissä kurssitoverinsa, lastenlääkäri Aino Yliruokasen ja sydänlääkäri Bernhard Landtmanin, jotka molemmat olivat

¹²⁷⁶ Siivola 1985, 126–133; *Europe 10 years of Health Progress: 1951–1961*, 29.

¹²⁷⁷ Suomessa uhkaava pilkkukuumie-epidemia pystyttiin torjumaan puolustusvoimissa rakentamalla kuljetettavia desinfektiosaunoja. Toimintaa kehittänyt bakteriologi U.-P. Kokko siirtyi vuonna 1948 Yhdysvaltoihin, missä hän toimi CDC:n laboratorion apulaisjohtajana. Laurent 2006; *Suomen lääkärit* 1962.

Intiassa WHO:n tehtävissä.¹²⁷⁸ Leppo muutti sittemmin Yhdysvaltoihin vuonna 1951 amerikansuomalaisen vaimonsa kanssa ja erikoistui arvostetulla Mayon klinikalla lastenlääkäriksi. Hän ei enää myöhemmin palannut kansainvälisiin tehtäviin, vaan teki elämäntyönsä lastenlääkärinä amerikansuomalaisten suosimassa Duluthin kaupungissa Minnesotassa.¹²⁷⁹

Myös Leo Kaprio, Erkki Lepon seuraaja malliterveysasemalla, päätyi lopulta kansainvälisiin tehtäviin. Hän suoritti vuonna 1948 Rockefeller-säätiön stipendin turvin *Master of Public Health*-perustutkinnon Johns Hopkins -yliopistossa. Kaprio jatkoi Severi Savosen seuraajana lääkintöhallituksen kansanterveysosaston päällikkönä vuosina 1952–1956. Vuonna 1956 hän väitteli Harvardin yliopistosta, jonka jälkeen hän siirtyi WHO:n virkamieheksi Lähi-Itään ja lopulta WHO:n Euroopan aluejohtajaksi vuonna 1967.¹²⁸⁰ Lastenlääkäri Aino Yliruokanen toimi vuosina 1949–52 New Delhissä äitiys- ja lastenhuollon mallikentän johtajalääkärinä. Vuonna 1953 hän suoritti USA:ssa Harvardin yliopistossa *Master of Public Health*-perustutkinnon. Hänet nimitettiin lääkintöhallituksen ensimmäiseksi koulu- ja neuvolaylilääkäriksi vuonna 1954, jolloin hän toimi samalla myös Uudenmaan opetusken-
tällä. Vuonna 1957 hän siirtyi takaisin syntymäkaupunkiinsa Rovaniemelle apulaislääkärinä, jossa hänen vastuullaan oli ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kehittäminen.¹²⁸¹



Kuva 15 Aino Yliruokanen kuvassa oikealla irlantilaisen sairaanhoitajan ja paikallisten intialaisten kollegojensa kanssa. Kuva: Kimmo Lepon yksityisarkisto.

Myös suomalainen terveyssisartyö sai kansainvälistä tunnustusta. Terveystenhuolto-opiston johtaja Tyyne Luoma kutsuttiin pysyväksi asiantuntijaksi Maailman terveysjärjestön WHO:n hoitotyön paneeliin (*Nursing advisory*

¹²⁷⁸ Leppo kirjoitti vaiherikkaasta kahdeksan kuukautta kestäneestä matkastaan yli 200-sivuisen käsikirjoituksen otsikolla *Maapallon ympäri*. Kirjaa ei koskaan julkaistu, vaikka siitä tehtiin kustannussopimus WSOY:n kanssa. Kiitokset Kimmo Lepolle käsikirjoituksen lainasta.

¹²⁷⁹ *Suomen lääkärit* 1962.

¹²⁸⁰ Korppi-Tommola 2003 KB.

¹²⁸¹ *Suomen lääkärit* 1962.

panel). Vuonna 1958 Helsingissä järjestetyn WHO:n Euroopan alueen terveyssisarkonferenssin raportissa ja suosituksissa suomalaista terveyssisäryön järjestelyä ja hoitoideologiaa esiteltiin kansainvälisenä mallina.¹²⁸²

Lasten terveydenhoidon kehittämiseksi kostunut, pääasiallisesti lastenlääkäreistä ja terveyssisarista episteeminen yhteisö, oli saavuttanut Suomessa tavoitteensa 1950-luvun puolivälin jälkeen. Suomi siirtyi samoihin aikoihin myös humanitaarisen avun saajaosapuolesta sen avunantajaksi. Episteeminen yhteisö ei kuitenkaan kadonnut minnekään. Se kansainvälistyi ja sen toimintaympäristöksi tulivat YK ja sen alaiset järjestöt uusissa Afrikan ja Aasian itsenäistyneissä valtioissa. SPR:n ensimmäinen kansainvälinen avustusprojekti kytkeytyi vuoden 1956 Unkarin kansannousuun.¹²⁸³ Mannerheimin lastensuojeluliitto aloitti Afrikassa lastentautien professori Niilo Hallmanin aloitteesta oman kehitysyhteistyöprojektinsa 1970-luvulla, ensiksi Nigerian Zariassa ja myöhemmin Ugandassa. Maaseudulle perustetuissa keskuksissa koulutettiin terveydenhuoltohenkilöstöä sekä harjoitettiin äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa.¹²⁸⁴

Suomalainen kansallismielinen projekti lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kääntyi globaaliksi projektiksi, jonka pyrkimyksenä oli edistää kaikkien maailman lasten terveyttä. Näin ilmaisi asian jo vuonna 1950 Erkki Leppo kirjansa loppusanoissa:

*Tärkeimpiä tehtäviä ihmisrodun tulevaisuutta silmällä pitäen on lasten kasvattaminen kypsiä kansalaisiksi, jotka suhtautuvat kiihkottomasti ja ymmärtämyksellä ei vain paikallisiin ja kansallisiin kysymyksiin, vaan myöskin kansainvälisiin ongelmiin. Kansojen on opittava ajattelemaan, ei vain omien etujensa, vaan koko ihmiskunnan, s.o. maailmankansalaisuuden nimessä. Näin ollen vapaamielinen, avarakatseinen kansalaiskasvatus sekä äitiys- ja lastenhuollon tehostaminen kaikkialla maailmassa on ratkaisevan tärkeää, sillä lapsissa lepää planeettamme ja ihmiskunnan onnellisempi tulevaisuus.*¹²⁸⁵

7.8 Terveyden edistäminen lastenneuvolan tavoitteena

Jälleenrakennuskausi merkitsi Suomessa poliittista irtiottoa menneestä ja suuntausta kohti demokraattisempaa ja tasa-arvoisempaa yhteiskuntaa. Sekä sosiaalipolitiikassa että terveydenhuollossa panostettiin erityisesti perheisiin, äiteihin ja lapsiin. Varsinainen hyvinvointivaltion rakentaminen ajoittui vasta 1960-luvulle. ”Propagandalapsia” ei enää haluttu. Tavoitteena oli yhteiskunta, jossa koti, perhe ja lapset otettaisiin huomioon ”luonnostaan lankeavana asiana”. On kuitenkin muistettava, että vain ”kehityskelpoisia” kansalaisia ja perheitä tuettiin. Väestön laatua säädeltiin eugeenisin sterilisaa-

¹²⁸² Siivola 2000 KB.

¹²⁸³ Rosén 2002, 412.

¹²⁸⁴ Niilo Hallman oli Mannerheimin lastensuojeluliiton puheenjohtaja Ylpön jälkeen 25 vuoden ajan. Korppi-Tommola 1990, 232–237.

¹²⁸⁵ Erkki Leppo julkaisematon käsikirjoitus, joulukuu 1950.

tioin ja abortein pitkälti 1960-luvulle saakka. Kansanterveystyössä ”isänmaallis-ihanteellinen harrastelu” oli menneisyyttä, kun 1950-luvulla valtion keskitetty johtaminen ja valvonta alkoivat toimia.¹²⁸⁶

Jälleenrakennuskauden lastenneuvolatyö oli kuitenkin etsikkoaikaa, jolloin horjuttiin vanhojen ja uusien käytäntöjen välillä. Ennen sotaa lastenhoidon neuvontaa oli katsottu lastensuojelutyön näkökulmasta: toiminta kohdistettiin pääosin ryhmiin, joiden katsottiin tarvitsevan asiantuntijoiden valvontaa ja yhteiskunnan holhousta. Kansanterveyslakien tultua voimaan toiminnan piirissä oli koko väestö, kaikki sosiaaliluokat. Kulttuuria oli muutettava, sillä asiakkaiden joukossa oli ”intelligenttejä ja vastuuntuntoisia” äitejä, jotka eivät olleet valvonnan tarpeessa. Kun rokotustoiminta tuli käytännössä kokonaan vapaaehtoiseksi vuonna 1952, oli terveydenhoitohenkilöstöllä käytössään ainoastaan porkkana, keppi oli viety. Poikkeuksen muodosti äitiysneuvolalainsäädäntö, jonka mukaan äitiysavustusta ei saanut ilman alkurasikauden verikoetta mahdollisen syfilistartunnan toteamiseksi. Vastaavaa rahallista tai aineellista etua ei lastenneuvoloihin rauhan aikana liitetty.

Lääkintöhallituksen neuvola- ja kouluylilääkäri Holger Hultin esitti 1970-luvulla, että vapaaehtoisuus ei kuitenkaan merkinnyt sitä, etteikö lastenneuvolatoiminnassa seurattaisi tiettyjä sääntöjä. Kun lapsi ”tuli otetuksi” lastenneuvolan toimipiiriin, vanhemmat ”tavallaan suostuivat” noudattamaan niitä ohjeita ja sääntöjä, joita neuvolatyön onnistuminen edellytti, sekä olemaan yhteistyössä lastenneuvolan henkilökunnan kanssa lapsen parasta silmällä pitäen.¹²⁸⁷ Siten voisi ajatella, että rokotusohjelman läpivieminen kuului ”noudatettaviin ohjeisiin ja sääntöihin”. On huomioitava, että Hultin korosti samalla myös yhteistyötä, eli toiminnassa haettiin vuorovaikutusta vanhempien ja neuvolan työntekijöiden välillä. Lastenneuvoloiden toiminta- ja rokotuskäytännöt yhdenmukaistuvat kuitenkin vasta 1950-luvun puolessavälissä, kun lääkintöhallitukseen saatiin koulu- ja neuvolatoiminnasta vastaava yli-
lääkäri. Vuodesta 1962 alkaen kaikkia lapsia on seurannut henkilökohtainen terveyskortti neuvolasta kouluun ja parhaimmillaan vielä armeijaan ja terveysasemalle.¹²⁸⁸

¹²⁸⁶ ”Isänmaallis-ihanteellisen” kansanterveystyön käsite on peräisin Severi Savoselta vuodelta 1942. Käsitettä käytettiin myös myöhemmin. Savonen SLA 1942; Kiljunen 46.1950 *Savon Sanomat*. Ua 30, MLL, KA.

¹²⁸⁷ Hultin 1973, 10.

¹²⁸⁸ Hultin 1967 ja 1973. Folkhälsanissa suunniteltu 1920-luvulla ruotsinkielisen väestön terveyskortistointia toteutui vain paikallisesti. Terveyskortit eivät välttämättä ole viattomia. Vuonna 1942 Severi Savonen ihaili Saksan-matkallaan paikallisella terveysasemalla väestön tarkkoja terveystietoja, jotka olivat rotuhygienian kannalta tärkeitä. Savonen 1942.

”Suomen ainutlaatuinen neuvola- ja kouluterveydenhuoltojärjestelmä” on mahdollistanut laajoja rekisteritutkimuksia erityisesti Helsingissä, jossa tietoja voi kerätä jopa 1920-luvulta saakka. Helsingin yliopiston Idefix-tutkimuksessa (IDentifying Early Factors In syndrome X) päämääränä on selvittää, miten sikiökauden ja lapsuuden kasvu ja olosuhteet vaikuttavat aikuisiän terveydentilaan. Tutkimusryhmä on yhdistänyt synnytyssairaalasta, neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta kerättyjä kasvutietoja ja muita tietoja terveydenhuollon valtakunnallisiin rekistereihin. Kaiken kaikkiaan tiedot ovat käytettävissä yli 20 000:sta vuosina 1924–1944 syntyneestä henkilöstä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Idefix-tutkimus. Verkkolähde.

Lääkäreiden ammattilehdissä käytettiin tiheästi valvonta-käsitettä neuvolatyön yhteydessä vielä 1950-luvun alussa. Yleisölle suunnatuissa kirjoituksissa taas painotettiin vastuuntuntoa. Rokotusten yhteydessä jokaisen kansalaisen oli tunnettava vastuunsa. Pullomaitoa lapselleen syöttävän äidin oli noudatettava ”äärimmäistä hygieniää”, sillä ”hänen vastuullaan oli lapsen elämä”. Sekä lääkärit että terveyssisarot näkivät kaikessa työssään tähdelliseksi valistuksen, jota oli lisättävä erityisesti rokotusten, ulkoilun ja ruokailun suhteen. 1950-luvun keskivaiheelle tultaessa imetystä ei enää samalla tavalla korostettu, sillä hygienia alkoi olla kodeissa parempi asumistason kohenemisen ja jääkaappien yleistymisen myötä. Äidinmaidonvastikkeiden tulo myyntiin helpotti samalla pienten lasten ruokintaa. Valvonta oli muuttunut tarkkailuksi, jonka tiheyttä määritteli äitien ”yhteistyökyky ja vastuuntunto”. Neuvolan toiminta alettiin nähdä terveyskasvatuksena, jonka tulokset heijastuivat koko paikkakunnalle.

Haastattelututkimusten sekä korkeiden rokotuskattavuuksien perusteella voidaan päätellä, että väestö koki neuvolatoiminta hyödylliseksi. Tosin purematta ei kaikkia neuvoja nieltä, sillä vuosikymmenien ajan äideille ohjeistettua imeväisten säännöllistä ruokailurytmiä ei noudatettu. Myös rokotusten suosio vaihteli. Isorokkorokotusten kattavuus oli huomattavan matala, samoin poliorokotuksiin suhtauduttiin alkuun epäluuloisesti Yhdysvalloissa sattuneen rokotetehtaan vahingon vuoksi.

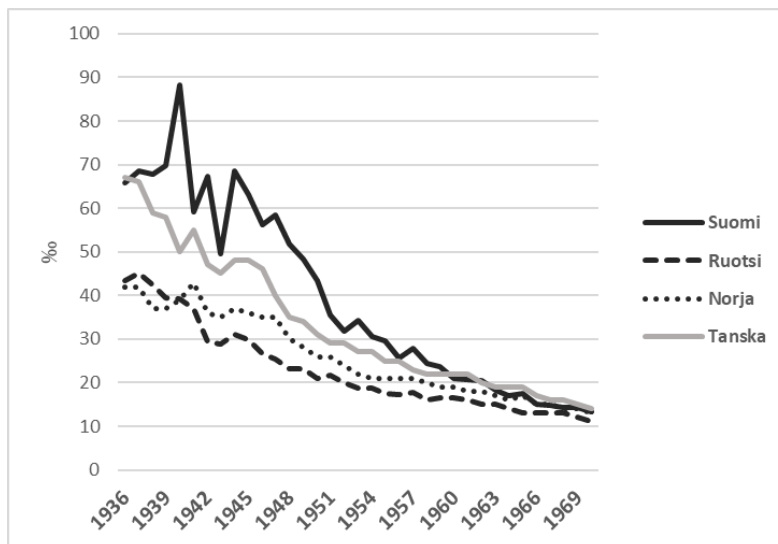
Kyse ei mielestäni ollut modernien hoitomenetelmien vastustamisesta, vaan eräänlaisesta ”valistuneesta kriittisyydestä”, jossa ohjeita ja neuvoja vastaanotettiin valikoiden. Näyttäisi siltä, että neuvontatyön yleistyessä laajempiin kansankerroksiin molemminpuolinen luottamus parani. Siirryttiin yhteistyöhön ja vastavuoroisuuteen: paras lääkäri neuvolassakin on se, jolla oli aikaa kuunnella. Lääkärin rooli oli kuitenkin etäinen. Lastenneuvolan varsinainen työntekijä oli terveyssisar, joka toimi paikkakunnalla perheiden luottohenkilönä ja usein välittäjänä lääkäriin ja sairaaloihin päin. Sirpa Wrede onkin kutsunut terveystaloja kansanterveystyön naistenhuoneeksi.¹²⁸⁹

Kuviosta 12 voi havaita, kuinka Suomen korkea imeväiskuolleisuus laski sodanjälkeisinä vuosina nopeasti muihin Pohjoismaihin verrattuna. Noin vuonna 1970 päästiin samalle tasolle. Kehitys oli yhteydessä moniin tekijöihin, joista tärkeimpiä olivat olojen yleinen rauhoittuminen sodan jälkeen, väestön liikkuvuuteen liittyvien epidemioiden vähentyminen, asumistason nousu, yleisen hygienian parantuminen, elintason nousu, rokotusten yleistyminen ja hoitomahdollisuuksien parantuminen. Lastenneuvolat ovat lisänneet ”yleistä valistuneisuutta”, kiinnostusta lastenhoitoon, parantaneet hygieniatasoa ja ravitsemusta sekä lisänneet rokotuksia. Tärkeää on ollut kontakti terveydenhuoltohenkilöstöön ja nopea hoitoonohjaus sairaustapauksissa. Lasten terveydentilan ilmeinen paraneminen on ollut omiaan lisäämään luottamusta järjestelmään.

¹²⁸⁹ Wrede 2003, 198.

Kuvio 12

Imeväiskuolleisuus 1:1000 Pohjoismaissa vuosina 1936–1970.



Lähde: Mitchell 1998, 123–126; Findikaattori. Imeväiskuolleisuus. Verkkolähde.

Imeväiskuolleisuuden romahtamisen ja monien tartuntatautien häviämisen myötä neuvontatyön painotus siirtyi kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen. Vielä 1950-luvulla mitattiin lastenneuvolatyön tasoa miltei yksinomaan kuolleisuusnumeroin. Imeväiskuolleisuus alkoi 1970-luvulle tullessa olla maailman matalimpia, jolloin lastenneuvolatyön tason mittareiksi oli löydetty uusia kriteerejä. Lastenneuvoloissa myös leikki-ikäisten kasvuun liittyviin kysymyksiin alettiin kiinnittää enemmän huomiota, sillä sairastavuus saattoi olla suhteettoman suurta, jos lapsi jätettiin imeväisiän jälkeen riittävän terveydenhuollon ulkopuolelle.¹²⁹⁰ Kiireettömälle työtavalle alkoi olla ajallisia mahdollisuuksia, kun suurten ikäluokkien ”kupla” ohitti neuvolaiän, ja terveyssisarten virat saatiin täytettyä. Lastenneuvolan tehtävät laajenivat ja monipuolistuivat kuulo- ja näköseulojen ja tarkemman kasvun seurannan muodossa. Fyysisen kehityksen ja terveydentilan seuraamisen ohella alettiin ainakin ohjelmateksteissä painottaa myös kasvatuskysymyksiä ja perheiden jaksamista.

Terveysneuvonnan avulla pyrkimyksenä oli 1970-luvulle tultaessa, lääkintöhallituksen ylläkäri Holger Hultinin sanoin, turvata lapselle ei vain mahdollisimman vähäistä sairastamista, vaan erityisesti kunkin lapsen yksilöllisten kasvu- ja kehityspotentiaalien toteuttamista luomalla hänelle sellainen kasvuympäristö, joka mahdollistaa lapsen elämänmyönteisten taipumusten kehittymisen täyteen mittaansa.¹²⁹¹

¹²⁹⁰ Hultin 1973, 48.

¹²⁹¹ Hultin 1973, 48.

8 Johtopäätökset

Tutkimukseni on tarkastellut lastenneuvoloiden kehittämisen taustalla olevaa aatemaailmaa, sen institutionaalisia ilmenemismuotoja ja käytännön toimijuutta alan asiantuntijoiden näkemysten ja kokemusten kautta 1900-luvun alusta 1950-luvun puoliväliin asti. Työni on ulottunut ruohonjuuritasolle saakka, joka on mahdollistanut ihanteiden, suunnitelmien, instituutioiden ja käytännön työn välisen vuorovaikutuksen analysoinnin.

Näen aikakauden lasten terveydenhuollon asiantuntijat episteemisenä yhteisönä, jota luonnehti yhteinen arvomaailma, eettisyys, verkostoituminen ja asiantuntijuuden käyttäminen poliittisen vaikuttamisen välineenä. Käsite on antanut mahdollisuuden tarkastella lasten terveysneuvonnan piirissä toimivien ammattihenkilöiden verkostoitumista, yhteistyötä ja vuorovaikutusta niin kansainvälisellä, kansallisella kuin paikallisella tasolla. Näkökulma on uusi, sillä useissa kotimaisissa ja kansainvälisissä aiheita sivuavissa tutkimuksissa terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisiä sekä ammattihenkilöiden ja neuvottavien välisiä suhteita on analysoitu hierarkian ja vallankäytön näkökulmasta. Lastenneuvolatyötä on aikaisemmin käsitelty terveyssisarten työn kautta, äitiysneuvonnan näkökulmasta sekä myös osana terveyspolitiikkaa, kansanterveystyön kehitystä ja terveyskansalaisuutta. Työssäni on käynyt ilmi, että neuvonnan kohteena olleet perheet eivät olleet passiivisia vastaanottajia, vaan omaksuivat annettuja ohjeita ja neuvoja valikoiden oman harkintansa perusteella.

8.1 Eugeniikka aikakauden ideologiana

Tutkimallani aikakaudella ajateltiin, että väestön laatua tulisi säädellä sekä negatiivisen että positiivisen eugeniikan keinoin. Negatiivinen eugeniikka eli rotuhygienia katsottiin osaksi sosiaalipolitiikkaa, jonka tarkoituksena oli vähentää yhteiskunnan huoltokustannuksia, sillä perimältään heikkojen ja ”kehityskelvottomien” lasten syntymisestä ajateltiin muodostuvan taakka yhteiskunnalle. Negatiivinen eugeniikka voitiin aikalaiskäsityksen mukaan nähdä myös osana lastensuojelua, jonka tehtävänä oli turvata lasten kehittymisen ja kasvaminen terveiksi ja työtätekeviksi yhteiskunnan jäseniksi, mutta myös suojella yhteiskuntaa ”epäkelvoilta yksilöiltä”.

Lastenlääkärit keskittyivät positiiviseen eugeniikkaan. Heidän eritystehtävänään oli määritellä, ketkä syntyneistä lapsista olivat ”kehityskelpoisia”. Korkea imeväiskuolleisuus nähtiin jo vuosisadan vaihteessa ”elävän voiman” tuhlauksena, johon oli puututtava myös lastentautiopin keinoin. Tieteenala kehitti erilaisia keinoja ja hoitomuotoja, joilla lapsen kehityspotentiaalia vaalittiin. Sen seurauksena myös lastentautien erikoisala kehittyi ja sen arvostus nousi. Arvo Ylppö esimerkiksi pystyi tutkimuksellaan todistamaan, että kes-

kosuus sinänsä ei ole merkki huonosta perimästä tai synnynnäisestä heikkoudesta, vaan että valtaosasta ennen aikojaan syntyneistä lapsista tulee erikoishoidolla terveitä lapsia ja työtätekeviä aikuisia

1900-luvun kuluessa lasten terveysneuvonnan tavoitteet, neuvonnan kohteet ja toimintamuodot muuttuivat. Vuosisadan alussa näkökulma oli yhteiskuntalähtöinen, sillä pyrkimyksenä oli turvata lapsille kasvuympäristö, joka auttaisi heitä kehittymään yhteiskuntakelpoisiksi, työtä tekeviksi ja itsensä elättäviksi kansalaisiksi. 1940-luvun alussa neuvolalainsäädäntöä ajettaessa argumentaatio oli väestö- ja puolustuspoliittinen. Neuvontatyön odotettiin pelastavan monta tuhatta ihmiselämää isänmaalle ja maanpuolustukselle.¹²⁹² Jälleenrakennuskauden jälkeen siirryttiin yksilöllisempään, lapsilähtöiseen näkökulmaan. 1970-luvulla lastenneuvolan oli tuettava kunkin lapsen yksilöllistä kasvu- ja kehityspotentiaalia. Pelkän fyysisen kasvun ja kehityksen tukeminen ei enää riittänyt, vaan oli mahdollistettava elämänmyönteisten taipumusten kehittymiseen täyteen mittaansa.¹²⁹³

8.2 Puolivaltiolliset instituutiot

Lasten terveydenhuollon episteeminen yhteisö kehittyi 1920-luvun alussa Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton piiriin, joka toimi myös puolivaltiollisen Suomen Punaisen Ristin lasten- ja nuoriso-osastona. Itsenäistymisen ja kansakuntaa repivän sisällissodan jälkeen lastensuojelu vahvistui. Puhuttiin ”lapsen vuosisadasta”, jolloin lapsen etu nähtäisiin kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa ensisijaisena. Kouluvelvollisuuden voimaantulo nosti koko ikäluokan julkisuuteen ja suurennuslasin alle.

Mannerheimin-liiton aatteelliset tavoitteet lepäsivät alkuvaiheessa sisällissodassa kärsineiden lasten auttamisessa ja kansallisen yhtenäisyyden edistämisessä. Järjestön perustamien lastenneuvoloiden tärkeimpänä kohde-ryhmänä oli kaupunkien työväestö, mutta 1930-luvulle tullessa niiden asiakaspohja laajeni. Ruotsinkielinen Folkhälsan pyrki edistämään koko ruotsinkielisen väestön kansanterveyttä, jolloin lasten terveysneuvonta oli vain osa sen työkenttää.

Arvo Ylppö toi Mannerheim-liittoon mukanaan saksalaisia kulttuurivaikutteita ja pitkälle kehittyneen lastentautiopin tradition. Liitossa toimivat sairaanhoitajat olivat sen sijaan kouluttautuneet anglosaksisissa maissa ja omaksuneet itsenäisen terveyssisarperinteen. Kahden kulttuurin kohtaaminen aiheutti jännitteitä, mutta samalla voitiin terveyssisarkoulutukseen ja lastenneuvolatoimintaan yhdistää vaikutteita kahdesta tiede- ja kulttuuripiiristä. Näin suomalainen lastenneuvola muodostui omanlaisekseen. Siinä yhdistyivät anglosaksisesta maailmasta omaksuttu korkeasti koulutettu ja itsenäinen terveyssisarkunta sekä saksalaisen maailman pitkälle kehittynyt pe-

¹²⁹² Lakiesitys N:o 123. 1943 valtiopäivät.

¹²⁹³ Hultin 1973, 48.

diatrinen perinne, jonka mukaan lastenhoidon neuvonta ulotettiin kaikkiin alle kouluikäisiin lapsiin, ei pelkästään imeväisiin.

Mannerheim-liiton johdolla oli läheiset yhteydet valtiovaltaan. Se voidaan nähdä välillisen hallinnon osana, joka toimi sekä asiantuntijajärjestönä, kouluttajana että paikallisosastojensa kautta lastenneuvoloiden maan laajuisena ylläpitäjänä. Aloittaessaan vuonna 1924 terveyssisarkoulutuksen liitto sitoutui myös kansanterveystyöhön. Koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen osallistui useita kansanterveysjärjestöjen edustajia erityisesti tuberkuloosihuollon alalta. Vaikka itsenäisyyden alun valtiota on kutsuttu yövartijavaltioksi, niin Mannerheim-liiton kaltaisten puolivaltiollisten järjestöjen kautta valtio rahoitti ja edisti lastenhoidon koulutusta ja kansanterveystyötä.

8.3 Nationalistinen sukupolvi

1930-luvulle tultaessa voidaan jo puhua tiiviistä kansanterveysalan epistemisestä yhteisöstä, jonka tavoitteena oli koko väestön saattaminen kansanterveystyön piiriin. Sen kohteena oli kuitenkin aina 1950-luvun alkuun asti ensisijaisesti maaseudun väestö. Kansanterveysaatteen painopiste oli äitiys- ja lastenhuolto sekä tuberkuloosityö.

Tutkimuksessani on noussut esiin epistemisen yhteisön ”ydinryhmä”, joka edisti lähes kaikkia aikakauden kansanterveyshankkeita. (taulukko 31)¹²⁹⁴ Sairaanhoidajat tekivät valtaosan käytännön kehitystyöstä julkisuu-
delta syrjässä organisoidessaan hoitohenkilökunnan koulutusta ja lastenneuvoloiden toimintaa. Lääkäreistä erityisesti Arvo Ylppö ja Severi Savonen olivat esillä julkisuudessa. Lääkäri Oskari Reinikainen ja sairaanhoitaja Kyllikki Pohjala olivat vuosikymmeniä vahvoja poliittisia toimijoita eduskuntatyös-
sään kansanedustajina.

On merkittävää, että yhteisön ydinryhmä kuului samaan sukupolveen. Sen jäsenet olivat syntyneet 1800-luvun loppuvuosikymmenenä ja olivat itsenäisyyden alussa nuoria, suomenkielisiä, aatteellisia ja hyvin koulutettuja sekä olivat kukin tahoillaan verkostoituneita. Ryhmään kuului neljä lääkäriä: Oskari Reinikainen, Severi Savonen, Arvo Ylppö ja Viljo Rantasalo, jotka syntyivät vuosien 1885 ja 1887 välillä ja valmistuivat lääkäreiksi vuosina 1913 ja 1914. He tulivat Helsingin ulkopuolelta, hyvinvoivasta maaseudun keskiluokasta ja kuuluivat suomenkielisinä Duodecim-seuraan. Kolme sairaanhoitajaa, Venny Snellman¹²⁹⁵, Kyllikki Pohjala ja Tyyne Luoma olivat hieman nuorempia. He olivat syntyneet vuosina 1893 ja 1894 ja valmistuneet kaikki samana vuonna 1917 Kirurgisen sairaalan sairaanhoitajakoulusta. Heillä oli hivenen korkeampi sosiaalinen tausta kuin lääkäreillä ja heitä yhdisti sairaalan ylihoitajan Sophie Mannerheimin tavoin anglosaksinen koulutus.

¹²⁹⁴ Kansanterveystyössä on ollut aktiivisesti mukana satoja lääkäreitä ja sairaanhoitajia ja muita terveydenhuollon parissa työskenteleviä, joilla ei kuitenkaan ole ollut yhtä suurta tai pitkäaikaista vaikutusvaltaa työn kehittämisessä.

¹²⁹⁵ Venny Snellman oli ruotsinkielisestä perheestä, mutta kävi suomenkielisen koulun. Tallberg 2000 KB.

Taulukko 31. Kansanterveyden episteemisen yhteisön ydinryhmä Suomessa 1950-luvulle saakka. Lähde: KB, Suomen lääkärit.

Nimi, syntymävuosi ja -paikka	Isän ammatti	Opiskelu ulkomailla	Asema	Puoluekanta ja poliittinen toiminta	Järjestötoiminta
Reinikainen, Oskari 1885 Parikkala	Maakauppias		LH pääjohtaja 1939-1953	Sosialidemokraattinen puolue Kansanedustaja 1919-1945	SPR:n keskuks-hallituksen vpj 1944-51, Suomen WHO-toimikunnan pj. 1946 – 1954
Savonen, Severi 1886 Turku	Maalari-mestari	Useita matkoja Euroopassa 1919-1949 1938 USA 3kk	LH kansanterveysosaston johtaja 1944-1952	Kansallinen Kokoomus Hgin kaupunginvaltuuston jäsen 1946-47	STVY sihteeri 1925-1962 Duodecimseuran pj 1944-45
Ylppö, Arvo 1887 Akaa	Maanviljelijä	Saksa 1908, 1812-20, 1923-24. Itävalta, Ranska Englanti 1913. Venäjä ja Puola 1914, Sveitsi ja Italia 1922, Englanti 1933	Lastentautien professori 1925-1957	Kansallinen kokoomus Helsingin kaupungin lastensuojelulautakunnan jäsen 1927- 1968	MLL pj 1920-1960 Duodecimseuran johtokunnan jäsen 1928-30
Rantasalo, Viljo 1887 Eura	Taloustirehtööri	Saksa 1913, 1923, 1937 Ranska 1923, Itävalta 1931, Italia 1937, USA 1947	Auroran sairaalan ylilääkäri 1936-54	Vapaamielisten klubin jäsen	Duodecim-seura pj 1946-48 SLL 1955-58 toiminnanjohtaja Suomen lastensuojeluliiton pj. 1941-1959
Luoma, Tyyne 1893 Helsinki	Urakoitsija	1921-1924 USA 1930-1931 USA	Valtion terveydenhuolto-opiston johtaja LH terveys-sisätoimen tarkastaja	Ei tietoa	Suomen Sairaanhoidajien Kristillinen Seura 1948-
Snellman, Venny 1893 Raahe	Merikapteeni	1920-1921 Iso-Britannia 1930 USA 1946 USA	LH sairaanhoitaja-koulutuksen tarkastaja	Ei tietoa	Mannerheimiliitto 1922-29 Sairaanhoitajien koulutussäätiö
Pohjala, Kyllikki 1894 Nakkila	Ratsutilallinen	1920-1925 USA	<i>Sairaanhoitajatar</i> -lehden päätoimittaja	Kansallinen kokoomus Kansanedustaja 1933-1961	Suomen sairaanhoitajaliiton puheenjohtaja 1935-1963

Lähde: KB, Suomen lääkärit

Ydinryhmän jäsenten toimintaa yhdistää äsken itsenäistyneen valtion kansanterveysjärjestelmän rakentaminen. Kansanterveysaate oli vahvasti yhteydessä vuosisadanvaihteen yhteiskunnallisiin liikkeisiin, snellmanilaiseen yhteiskuntafilosofiaan ja kansakunnan rakentamiseen, jossa kansallinen pro-

jekti pohjautui kansansivistykseen.¹²⁹⁶ Ryhmän aktiivinen työura osui 1920–1950-luvuille, siis samalla myös Minna Harjulan määrittelemän hygienian aikakaudelle.¹²⁹⁷

Ydinryhmää voi kutsua nationalistiseksi sukupolveksi, sillä sen tavoitteena oli oman kansakunnan, erityisesti äitien ja lasten, terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen.¹²⁹⁸ Kansanterveysate keräsi kannatusta laajalla poliittisella rintamalla ja toimi samalla kansakuntaa eheyttävänä voimana itsenäisyyden poliittisesti jakautuneina ensi vuosikymmeninä. Poliittinen sidonnaisuus ei ollut olennaista, sillä ryhmä edusti useita poliittisia suuntauksia. Huomionarvoinen seikka on myös se, että Folkhälsan jäi kansallisen liikkeen ulkoreunoille, sillä se painotti toiminnassaan pelkästään ruotsinkielisen väestön terveyden edistämistä.

8.4 Sota ja lasten terveys

Työn empiirinen aineisto on pääosin sotavuosilta ja jälleenrakennusvaiheesta, jonka terveydenhuoltoa on aikaisemmin käsitelty hyvin niukasti alan kotimaisessa tutkimuskirjallisuudessa.¹²⁹⁹

Mielestäni on ilmeistä, että sotavuodet eivät muuttaneet terveystalitiikan ideologiaa, vaan kyseessä oli jatkumo punamultahallituksen sotaa edeltävää aatemaailmasta, jossa kansanterveystyö alettiin nähdä valtion tehtävänä. Väestöpoliittiset painotukset kuitenkin lisääntyivät. Näen erityisesti lääkärien harjoittaman pronatalistisen propagandan tarkoitushakuisena keinona, jota käytettiin vipuvartena edesauttamaan neuvolalakien ja perhepoliittisen lainsäädännön toteutumista. Teksteihin liitetty maininta väestön laadun parantamisesta negatiivisen eugeniikan ja sitä kautta saavutettavien sosiaalihuollon säästöjen kautta oli retorinen vastapaino, jolla oikeutettiin äitiys- ja lastenhuollon vaatimaa taloudellista lisäpanostusta. Tähän viittaisi professori Arvo Ylpön poikkeuksellinen osallistuminen väestöpoliittiseen keskusteluun vuonna 1941.

Työssäni olen osoittanut, että sotavuosina vähäisistä aineellisista ja henkilöresursseista huolimatta lastenneuvolatoimintaa pystyttiin kehittämään, sillä siihen löytyi poliittista tahtoa. Sortavalan piirilääkäripiirin kansanterveystyö oli tästä hyvänä osoituksena. Lääketieteellisten käytäntöjen modernisaatio lisäsi lastenneuvoloiden medikalisoitumista ja ohjasi ”koko kansan neuvolan” suuntaan. Monet lapsiin kohdistuvat sosiaali- ja terveystalitiittiset toimet vaikuttivat siihen, että pienten lasten terveydentila pysyi sodan niukuuden vuosina kohtalaisen hyvänä. Poikkeuksen muodosti Pohjois-Suomi vuosina 1940 ja 1944, jolloin kuolleisuus nousi evakointeihin liittyvien epi-

¹²⁹⁶ Helén & Jauho 2003, 14.

¹²⁹⁷ Harjula 2007. Hygienian terveystalitiikkaa määrittelevänä ajatussuuntana jatkui Harjulan mukaan aina 1950-luvulle saakka.

¹²⁹⁸ Antti Häkkinen on käyttänyt samaa käsitettä hieman myöhemmin, 1911–1940 syntyneestä sukupolvesta, jonka nuoruuden taitekohta ja murros olivat sota ja siitä selviäminen. Häkkinen 2014.

¹²⁹⁹ Tästä poikkeuksena Wrede 2001 ja 2003.

demioiden vuoksi. Rauhan tullen kansanterveystyötä oli mahdollista kehittää nopeasti, sillä institutionaaliset rakenteet olivat jo olemassa. En ole samaa mieltä Leo Kaprion kanssa, jonka mukaan rauhan tullessa ”olimme pohjalukemissa”¹³⁰⁰.

On kuitenkin muistettava, että kansanterveystyö kohdistui sodan aikana tuottavan tai tulevaisuudessa tuottavan väestönosan, eli sotilaiden, äitien ja lasten terveyden kohentamiseen. Työn ulkopuolelle jäivät vanhukset, mielisairaat ja vammaiset. Kuolleisuus mielisairaaloissa nousi sotavuosina pahimmillaan noin kaksinkertaiseksi ja oli korkeimmillaan vuonna 1942.¹³⁰¹

Kansainväliset humanitaariset lahjoitukset sotavuosina ja jälleenrakennusaikana aina 1950-luvun alkuun asti olivat merkittäviä. Terveydenhuoltoon ohjattuja varoja hallinnoinut puolivaltiollinen Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunta voidaan nähdä ”valistuneena itsevaltiaana”, joka kehitti eduskunnan ohi, budjettivarojen ulkopuolella, omaan arvomaailmaansa sopivaa kansanterveystyötä. Kansalaisjärjestöt olivat välillisen hallinnon osana tärkeitä toimijoita. Organisaatioiden eräänlainen notkeus ja korkea jäsenmäärä helpottivat sodan aikana ja sen jälkeen väestön huollon järjestämistä.

On esitetty, että toisen maailmansodan aikainen äitiys- ja lastenhuolto olisi edustanut hyvinvointivaltion esiasetta (*warfare-welfare*). Ajattelumallissa hyvinvointivaltio nähdään projektina, jossa kehitys oli väistämätöntä ja yksisuuntaista. Kansanterveysaktivistien kirjallisen tuotannon perusteella tähän ei välttämättä voi päätyä. Oli ilmeistä, että esimerkiksi Severi Savosen ihanteena oli ainakin vuonna 1942 Saksan terveydenhuolto ja sen hallittu tiedonkeruujärjestelmä. Tavoitteena oli kehittää kansanterveystyötä, mutta ideologiset perusteet kumpusivat kansakunnan rakentamisesta, sen puolustuskyvystä ja noususta ”sivistysvaltioiden” joukkoon. Kuitenkin Risto Eräsaari on huomauttanut, että sodan aikana erikoistuttiin sosiaalipolitiikan muotoihin, jotka kohdistuivat muulla kuin palkkatyöllä elävään väestönosaan. Näin ollen sota-aika näyttää tuottaneen koko väestölle suunnatun valtiollisen sosiaalipolitiikan periaatteet, niin sanotut universalistiset sosiaalipolitiikan toteuttamisen kriteerit.¹³⁰²

8.5 Lasten terveydenhuollon globaali episteeminen yhteisö

Lasten terveydenhuollon episteemisen yhteisön lopullisena tavoitteena Suomessa oli saada kaikki lapset terveysneuvonnan piiriin, mikä auttaisi heidät saavuttamaan täyden terveydellisen ja kehityksellisen potentiaalinsa. Tavoitteet saavutettiin 1950-luvun puoliväliin mennessä, jolloin lastenneuvolajärjestelmä viimeistään siirtyi pois poliittiselta areenalta. Työn kehittäminen muuttui virkamiesten asiantuntijatyöksi julkisessa hallinnossa. Suomessa

¹³⁰⁰ Kaprio 1984, 12.

¹³⁰¹ SVT XI 1939–1952. Mielisairaaloiden tilastot.

¹³⁰² Eräsaari 1978, 45.

kansanterveysjärjestöjen toiminta vaimeni tuberkuloosi- ja terveystalokampanjoiden jälkeen.

Samoihin aikoihin tarkasteleman ydinryhmä siirtyi vähitellen syrjään. Johtoasemiin siirtyivät asiantuntijat, joiden sukupolvikokemus oli toinen maailmansota ja siitä selviytyminen. Monilla heistä oli anglosaksinen koulutus ja verkosto, hyvänä esimerkkinä professori Niilo Hallman, Ylpön seuraaja Lastenlinikalla. Seuraava sukupolvi ei enää edustanut ”isänmaallishanteellista” ideologiaa ja katsantokantaa, vaan keskittyi ennemmin kliiniseen lääketieteeseen ja sairaanhoidon modernisointiin, jossa otettiin käyttöön tieteen uudet teknologiset ja lääketieteelliset sovellukset. Tämän mahdollisti lääketieteen nopea kehitysvaihe, jonka avulla esimerkiksi tuberkuloosia pystyttiin hoitamaan tehokkaasti. Samoin pystyttiin leikkauksilla korjaamaan monia synnynnäisten sydänvikojen kaltaisia häiriöitä, jotka aikaisemmin johtivat kuolemaan.¹³⁰³

Lasten terveydenhuollon episteeminen yhteisö ei kuitenkaan kadonnut, vaan sen aatteellinen asiantuntijuus siirtyi kansainväliselle areenalle, ylikansallisiin järjestöihin. Omassa työssäni uutta yhteisöä edustavat lastenlääkärit Erkki Leppo ja Aino Yliruokanen sekä WHO:n Euroopan osaston johtaja Leo Kaprio, joita kaikkia yhdisti kansainvälinen toiminta YK:n alaisissa järjestöissä. Moni suomalainen lastenlääkäri siirtyi jo 1950-luvulta lähtien edistämään lastenneuvolatoimintaa kehittyvissä maissa.

8.6 Lasten terveysneuvonnan perintö Suomessa

Lasten terveysneuvonta on vuosien saatossa laajentunut yhä useampiin toimintamuotoihin ja väestöryhmiin. Taulukkoon 32 on koottu yhteen lasten terveysneuvonnan tavoitteet, kohderyhmät ja toimintamuodot 1900–1960-luvulla. Vuoden 2011 asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta ei keskitytä yksinomaan lapsen fyysiseen kehitykseen ja hyvinvointiin, vaan siinä tuetaan perhettä kokonaisvaltaisesti ja painotetaan erityisesti psykososiaalista kehitystä. Aikaisemmin tärkeät infektioiden ehkäisy sekä rokotusohjelmat ovat siirtyneet vasta neljännelle sijalle. Uusi terveysneuvonnan määritelmä on laaja:

*Terveysneuvonnan on tuettava vanhemmaksi kasvamista ja parisuhdetta sekä edistettävä perheen sosiaalista tukiverkostoa. Sen on myös tuettava yksilön ja hänen perheensä terveyden, mukaan lukien mielenterveyden, sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämistä.*¹³⁰⁴

¹³⁰³ Samalla teolliset äidinmaidonvastikkeet ja lastenruoat olivat hygieenisia ja helpottivat lastenhoitoa.

¹³⁰⁴ Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.

Taulukko 32. Lasten terveysneuvonnan ideologiset tavoitteet, kohderyhmät ja toimintamuodot 1900–1960-luvulla

	1900–1910	1920	1930	1940	1950	1960
Tärkeimmät ideologiset tavoitteet	Lasten pelastaminen	Kansallinen yhteinäisyys	Maaseudun vahvistaminen	Puolustuskyvyn parantaminen	Fyysisen terveyden edistäminen	Kokonaisvaltaisen terveyden edistäminen
Neuvonnan kohde	Kaupunkien köyhälistö	+Kaupunkien työväenluokka	+Maaseutu	+Sodan vuoksi kärsineet, siirtoväki	Koko väestö	Koko väestö
Hygienia	x	x	x	x	x	x
Ravitseminen	x	x	x	x	x	x
Karaisu: ulkoilu, infektioiden torjunta	x	x	x	x	x	x
Tuberkuloosin torjunta		x	x	x	x	x
Vitamiinilisät			x	x	x	x
Rokotukset				x	x	x
Kuulo- ja näköseulonta, kasvukäyrät					x	x
Psyko-sosiaalinen näkökulma						x

Suomalaiselle lastenneuvolajärjestelmälle on ominaista, että se kunnallisena ja ilmaisena perusterveydenhuollon osana kattaa käytännössä kaikki alle kouluikäiset lapset. Kaikkien sosiaaliluokkien edustajat käyttävät Suomessa äitiys- ja lastenneuvolan palveluja. Minna Harjula painottaa avaintekijänä luottamusta, sillä hänen mukaansa kattavinkaan terveysterveyspalvelu ei kehity hyvinvointia rakentavaksi sosiaalisesti oikeudeksi, elleivät kansalaiset koe sitä omakseen.¹³⁰⁵ Luottamus neuvolatyöhön on näkynyt näihin päiviin asti myös sata prosenttia hipovana rokotuskattavuutena. Suomi on ollut rokotetutkimusten luvattu maa hyvin pitkällä aikajänteellä 1950-luvun poliorokotuksista 2000-luvun laajaan rotaripulirokotukseen saakka.¹³⁰⁶

¹³⁰⁵ Harjula 2015, 365.

¹³⁰⁶ Kansanterveyslaitoksessa tehtiin professori, akateemikko Pirjo Mäkelän johdolla kansainvälisesti tunnettuja meningokokki-, Hib- ja pneumokokkikrokotetutkimuksia. Lasten infektiotautien emeritusprofessori Heikki Peltola kommentti 20.3.2017. Tampereen yliopiston yhteydessä on toiminut 2000-luvun alusta alkaen rokotetutkimuskeskus, jonka tarkoituksena on ”kehittää ja saada käyttöön uusia, entistä turvallisempia ja tehokkaampia rokotteita sekä lasten rokotusohjelmiin että aikuisille”. Käytännössä kaikki uudet rokotteet testataan Suomessa, jossa perheet hyvin halukkaasti antavat imeväisensä olla kokeiluissa mukana. Tampereen yliopisto, rokotetutkimuskeskus. Verkkolähde; Kts. m. Saxén 2007.

Selitystä luottamukselle on mielestäni etsittävä jo yli sata vuotta jatku-
neesta terveysvalistuksesta, joka on nostanut väestössä terveystiedon tasoa ja
ymmärrystä. Tuberkuloosivalistus läpäisi koko yhteiskunnan, lastenhoito-
oppia jakoivat monet jäsenistöltään laajapohjaiset naisjärjestöt ja neuvonta-
työssä ruohonjuuritason työntekijät pystyivät saavuttamaan väestön luotta-
muksen. Sotavuosina neuvoloiden kautta jaettiin ravintolisiä, vitamiineja ja
vaatteita, jotka auttoivat selviämään vaikeiden aikojen yli. Tehokkaat roko-
tuskampanjat tuberkuloosia ja kurkkumätää vastaan olivat omiaan lisää-
mään myönteistä asennetta neuvontatyöhön. Terveystalot toimivat pitkälle
1960-luvulle saakka kynnyksettöminä ensihoidon palvelupisteinä koko väes-
tölle maaseudulla, missä lääkäri- ja sairaalapalvelut sijaitsivat etäällä.

Selitystä korkealle neuvola- ja rokotuskattavuudelle on etsittävä myös
suomalaisesta asiantuntijauskosta, joka toki liittyy luottamukseen, mutta
jolla on juurensa myös ”herran pelossa”: viranomaisten päätöksiä ei juuri ole
kyseenalaistettu. Kuvaavaa on myös ollut, että kansalaiskeskustelua tervey-
denhuollon uudistuksista ei aiemmin juuri käyty. Esimerkiksi kansanterveys-
lait ja rokotuslait tulivat komiteakäsittelyn kautta ulos valmiina lakiesityksi-
nä, jotka eduskunnassa saatiin vaikeuksitta läpi.

Äitiys- ja lastenhoito siirtyivät pitkäksi aika pois politiikan kentältä. Las-
tenneuvolatyö on kuitenkin uusien haasteiden edessä muuttuvassa maail-
massa. Viime vuosina asiantuntijuuden luonne on selkeästi muuttunut: asi-
antuntijoiden lausuntoja ja ohjeita kyseenalaistetaan usein maailmankatso-
mukseen liittyvillä mielipiteillä. Toki näin on aikaisemmin tapahtunut esi-
merkiksi isorokkorokotusta vastutettaessa. Muutosta ilmentää aivan viime
aikojen rokotuskattavuuksien hälyttävä lasku, osittain jopa tarvittavan lau-
masuojan alapuolelle. Vanhan ajan autoritaarisella asiantuntijuuspuheella on
kuitenkin vaikea tarttua ongelmaan moniäänisessä yhteiskunnassa.

Kysymys ehkäisevästä terveydenhuollosta on noussut taas esille – käy-
dään kilpailua resursseista ja joudutaan uudelleen perustelemaan toiminnan
tarpeellisuutta. Suomessa käydään parhaillaan kiivasta keskustelua sosiaali- ja
terveysjärjestelmän SOTE-uudistuksesta, jossa eräänä teemana on ollut neu-
volalaitoksen mahdollinen vapauttaminen yksityiselle kilpailulle. Aika näyt-
tää miten käy, mutta kansalaiskeskustelusta päätellen kunnallinen neuvola-
järjestelmää pidetään eräänä onnistuneimpana julkisen terveydenhuollon
osana eikä siihen haluta puuttua.

9 Lähteet ja kirjallisuus

Arkistolähteet

Kansallisarkisto (KA)

Sisäasiainministeriö (SM)

Maaherrojen kertomukset 1938–1945

Lääkintöhallitus V. (LKHV)

Aa Saapuneiden kirje- ja anomusasiakirjojen diaarit

Da Kirje- ja päätöskonseptit

Db Lääkintöhallituksen kiertokirjeet

Ea Saapuneet kirje- ja anomusasiakirjat

Eba 1–29. Piiri- ja alue- sekä lääninlääkärien vuosikertomukset 1929–1956

Ebb 16–27. Kunnanlääkärien vuosikertomukset 1936–47

Ebk Lääniä terveyssisarten vuosi- ja kuukausikertomukset 1943–1945

Ebr 1–4. Muut vuosikertomukset

Egb Piirilääkärien kulkutautiraportit 1940–1944

Päämajan kaasusuojelutoimisto

Salaista ja yleistä kirjeistöä.

1942 T15806, kansio 16

Päämajan lääkintöosasto I

Salaista kirjeistöä, epidemiologinen osasto

T20948

1941 kansio F6

1942 kansio F15

1942 kansio F16

T20949

1943 F30

1943 F31

T20950

1944 F49

1944 F50

Helsingin piirilääkäri

Da5 Kunnanlääkäreiden ja terveydenhoitolautakuntien vuosikertomukset 1938–1941

Ea8 Saapuneet kirjeet 1940 – 1942

Ec1 Kirjekonseptit 1938–1941

Sortavalan sotilashallintopiiri

toimintakertomus 23138

Uudenmaan lääninlääkärin toimisto

Db1 Vuosikertomukset 1942–1945

Ea1 Kirjatut asiakirjat 1943–45

Lastenhoidon neuvontakomitean arkisto

Komiteanmietintö 1922, 540:91:1. Lastenneuvontakomitean mietintö 1922, 540:90:1

Kirje Sophie Mannerheimilta

Väestökomitean arkisto

Komiteanmietintö 1942:18. Väestökomitean mietintö N:o 2 äitiys- ja lastenhuollon neuvoloista ja kunnallisesta kättilöntoimesta.

Mannerheimin lastensuojeluliitto (MLL)

Dc:1 Toimintakertomukset 1920–1952

Hd: 34–35. Terveystoiminta 1921–1939

Hh:12 Terveystalot 1944–1955

Ua:18–26 Lehtileikkeet 1938–1946

Ub: Omat painotuotteet 1921–1988

Mannerheimin lastensuojeluliiton kummikuntavaliokunta (MLLK)

Hd: 1 Hyväntekeväisyseksyinti

Mannerheimin lastensuojeluliitto, Impilahden paikallisosasto (MLL-Impilahti)

1 Pöytäkirjat 1927–1963

2 Jäsenluettelo 1927–1962

3 Toimintakertomuksia ja -suunnitelmia 1949–1963

4 Kirjeenvaihtoa 1942–1963

5 Tilikirja ja tiliaineistoa 1930–1961

6 Tilikirja 1945–1963

7 Osaston sotakummivaliokunnan tilikirja 1942–1946

Yksityisarkistot:

Kyllikki Pohjala

A.K. Cajander

Tyyne Luoma

Anni Seppänen

Jyväskylän maakunta-arkisto (JyMA)

Suomen Huolto r.y. (SH)

Cc Suomen Huollon johtokunnan kokousten pöytäkirjat 1941–1952

Suomen Huollon terveydenhoitotoimikunta (SHTMK)

Ba Henkilökuntaluettelot 1940–1943

Bd Sairaaluettelot 1940–1949

Ca Pöytäkirjat 1940–1950

Da Kirjetoistat (1939–1952)

Db Vuosikertomukset (1940–1948)

Dc Muistiot, esitykset ja artikkelit (1940–1944)

Ea Saapuneet kirjeet (1940–1944)

Eb Saapuneet toiminta- ja matkakertomukset (1940–1943)

Fg Tarkastavan sairaanhoitajan kirjeenvaihto (1941–1944)

U Muut asiakirjat (1941–1950)

Suomen Huolto ry. UNRRA-toiminnan asiakirjat 1945–47

C Pöytäkirjat

F Kirjeistö

Mikkelin maakunta-arkisto (MMA)

Sortavalan piirilääkärin arkisto 1941–1944 (SPA)

Da Kirjetoistat 1941–1946

Päämajan sotilashallinto-osaston Sortavalan aluelääkärin kirjetoistat 1941 - 1942

Päämajan sotilashallinto-osaston Sortavalan aluelääkärin vuosikertomukset 1941–1941

Db Vuosi- ja toimintakertomukset liitteineen

Ea Päämajan sotilashallinto-osaston Sortavalan aluelääkärille saapuneet asiakirjat
Eb Lääkintöhallitukselta saapuneet määräykset, kirjeet ja kiertokirjeet
Ec Valtion ja kuntien viranomaisilta, seurakunnilta sekä yksityisiltä saapuneet kirjeet
Ed Sotilasviranomaisilta saapuneet kirjeet
Eh Saapuneet kuukausi- ja vuosikertomukset sekä tarkastuskertomukset
Eh 1-2 Terveysissarten ja kiertävien sairaanhoitajien toimintakertomukset 1942 - 1944
Terveysissarten ja kiertävien sairaanhoitajien toimintakertomukset 1942–
1944
Kodinhoitajien työselostukset 1942–1944
Terveysissarten päiväkirjat 1942–1944
Koululääkärien vuosikertomukset 1942–1944
Johtavan terveysisaren tarkastuskertomukset 1942–1942
Tiedot kuntien yleisestä terveyden- ja sairaanhoidosta 1942–1942
Ei Saapuneet väkilukuilmoitukset ja ilmoitukset mielisairaista
Ek Johtavalle terveysisarelle saapuneet kirjeet
El Muut saapuneet asiakirjat
Jalkineiden tarvetta koskevat asiakirjat 1942–1942
Koulukeittoloita koskevat asiakirjat 1942–1942
Hc Suomen Punaisen Ristin Laatokan-Karjalan piirihallituksen terveydenhuoltovaliokunnan
asiakirjat
Hd Lääkintöhenkilökuntaa koskevat asiakirjat
He Harlun ja Ruskealan kunnanhuoltolääkärin asiakirjat
Hf Laatokan-Karjalan kiertävien lastenneuvoloiden asiakirjat

Suojärven kunnan terveysisaren arkisto

Ulkoasianministeriön arkisto (UAM)

Ulkomaisten avun keskustoimikunta (UAT)

UAM 540, 111:1-20.

111:1 Toimintakertomus ja pöytäkirjat 9.4.1940–24.1.1942

UNRRA 113 D, 20 b

Avustusjärjestöt Fb 8b

Kansainliitto SIII

Hygieninen jaosto 1930

Helsingin kaupunginarkisto (HKA)

Maitopisarayhdistys

Da:1 Vuosikertomukset 1904–1975

Fa:1 kirjeistö 1904– 1957.

Ja:1 Historiikit

Jb:1 yhdistyksen säännöt

Je:5 painotuotteet

Helsingin yliopiston keskusarkisto

Rehtorinviraston arkisto

Helsingin yliopistomuseo

Zaida Eriksson-Lihr päiväkirja

Pertti Kavénin yksityisarkisto.

Muistitieto

Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Lapsuus sodan aikana.

Museoviraston kysely 25. Lääkintää ja potilaita 1978.

SKS – Kansanrunousarkisto. Hoitotyön muistot -keruukilpailu 1998.

Komiteanmietinnöt

Komiteanmietintö 1922, 540:91:1. Lastenneuvontakomitean mietintö, 1922, 540:90:1, KA.
Komiteanmietintö 1939:9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö. Helsinki 1939. Valtioneuvoston kirjapaino.
Komiteanmietintö 1940:5. Tutkimuksia kansanravitsemustilan parantamiseksi. Helsinki 1940.

Komiteanmietintö 1942:1. Karjalan asiain neuvottelukunnan mietintö. Helsinki 1942.

Komiteanmietintö 1942:18. Väestökomitean mietintö N:o 2 äitiys- ja lastenhuollon neuvo-
loista ja kunnallisesta kättilötoimesta.

Terveydenhoitolakikomitean mietintö No. 4 rokotuksista 1950.

Sosiaaliministeriön asettaman komitean hyväntekeväisyysmyyntiä koskeva tutkimus 1951.

Lait ja asetukset – Suomen asetuskokoelma

Laki kättilöiden asettamista maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 18/1920.

Laki kansakoululaitoksen kustannuksista 180/1926.

Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkuloosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkuloosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 269/1929.

Sterilisoimislaki 227/1935.

Sterilisoimisasetus 228/1935.

Lastensuojelulaki. 52/1936.

Rokotuslaki 258/1936.

Laki yleisestä työvelvollisuudesta. 192/1939.

Laki yleisestä lääkärinhoidosta 197/1939.

Sukupuolitautilaki 198/1939.

Laki talouselämän säännöstelemisestä poikkeuksellisissa oloissa 303/1941.

Julistus Suomesta luovutetun ja takaisin valloitetun alueen palauttamisesta valtakunnan yhteyteen 836/1941.

Laki eräiden lakien voimaantulon lykkäämisestä 934/1941

Perhelisälaki 375/1943.

Keskussairaalalaki 413/1943.

Laki kansakoululaitoksen kustannuksista annetun lain muuttamisesta. 637/1943.

Laki kunnallisista terveyssisarista 220/1944.

Laki kunnankättilöistä 223/1944.

Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 224/1944.

Asetus kunnallisista terveyssisarista 390/1944.

Asetus kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista annetun lain soveltamisesta 393/1944.

Tuberkuloosilaki 649/1948.

Laki raskauden keskeyttämisestä 82/1950.

Sterilisoimislaki 83/1950.

Sterilisoimisasetus 234/1950.

Rokotuslaki. 361/1951.

Rokotusasetus. 697/1951.

Laki kansakoulujen lääkärintoimesta. 362 /1952.

Kansanterveyslaki. 66/1972.

Lastensuojelulaki 417/2007.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.

Tartuntatautilaki 1227/2016.

Tilastot, vuosikertomukset

STV Suomen tilastollinen vuosikirja 1902–2012. <http://www.doria.fi/handle/10024/67152> Haettu 15.3.2017.

SVT Suomen virallinen tilasto. VI.Väestötilastoa. Väestönmuutokset vuosina 1941–45.

SVT Suomen virallinen tilasto. XI:17–57. Lääkintölaitos. Lääkintöhallituksen kertomus 1900–1954. (SVT XI)

SVT Suomen virallinen tilasto. XI:58–73. Yleinen terveyden- ja sairaanhoito. Lääkintöhallitus 1955–1970. (SVT XI)

Findikaattori <http://findikaattori.fi/fi> Haettu 15.3.2017.

Findikaattori. Väestönmuutokset 1749–2015. <http://www.findikaattori.fi/fi/15> Haettu 30.3.2017.

Findikaattori. Imeväiskuoletisuus 1751–2015. <http://findikaattori.fi/fi/45> Haettu 30.3.2017.

Kertomukset Helsingin kaupungin kunnallishallinnosta 1875–1974. http://www.hel.fi/static/tieke/digitoidut_asiakirjat/helsingin_kunnalliskertomukset/ Haettu 15.3.2017.

Statistisk årsbok för Sverige. <https://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Historisk-statistik/Statistisk-arsbok-for-Sverige-1914-2001/> Haettu 11.8.2017.

Valtiopäiväasiakirjat

VP 1943, 1944 ja 1951.

Ruotsin arkistoaineistoa

Riksarkivet

Ur J. Axels Minnen, del V:2, Axel Höjers arkiv.

Komiteamietintöjä ja lakiehdotuksia

SOU 1935:19. Kungl. Medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående förebyggande mödra- och barnavård.

Nr. 39. Kung. Maj. proposition till riksdagen angående förbättrad förlossningsvård samt anordnande av s.k. förebyggande mödra- och barnavård, given Stockholms slott den 15 januari 1937.

SOU 1975:32. Petersson, Ove: Barns hälsa. Rapport från barnmiljöutredningen. Socialdepartementet Stockholm 1975.

Aikakauslehdet

Duodecim 1900–2016.

Epione 1920–1944.

Huoltaja 1940–1945.

Kotiliesi 1924–1945.

Lapsi ja nuoriso 1938–1955.

Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti (SLA), v:sta 1946 *Suomen Lääkärilehti* 1925–1962.

Suomen Punainen Risti 1940–1953.

Suomen sairaanhoitajatarlehti 1939–1942.

Terveydenhoitolehti (THL) 1920–1952.

Toveritar 1931–1943.

Hakemistot

Kansallisbiografia-verkojulkaisu (KB) <http://www.kansallisbiografia.fi/>

Studia Biographica 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 1997-

URN:NBN:fi-fe20051410. Haettu 15.1.2017.

- Hietala, Marjatta: *Harri Federley. (1879 - 1951). Perinnöllisyystieteen professori.* 2003.
- Hietala, Marjatta ja Leikola, Anto: *Leidenius, Laimi (1877 - 1938). Obstetriikan ja gynekologian professori, Helsingin yliopiston ensimmäinen naisprofessori.* 2000.
- Häikiö, Martti: *Virolainen, Johannes (1914 - 2000). Pääministeri, kansanedustaja, Keskustapuolueen puheenjohtaja, valtioneuvos.* 2001.
- Ihamuotila, Risto: *Virtanen, Artturi Ilmari (1895 - 1973). Kemian professori, Suomen Akatemian esimies, Nobelin palkinnon saaja.* 2016.
- Korppi-Tommola, Aura: *Eriksson-Lihr, Zaida (1895-1974). Allergiasairaalan perustaja, professori.* 2010.
- Korppi-Tommola, Aura: *Hallman, Niilo (1916-2011). Lastentautiopin professori.* 2001. Päivitetty 2011.
- Korppi-Tommola, Aura: *Kaprio, Leo (1918-1999). WHO:n Euroopan aluejohtaja.* 2003.
- Korppi-Tommola, Aura: *Mandelin, Erik (1887 - 1953). Mannerheimin Lastensuojeluliiton kansliapäällikkö, kanslianeuvos.* 2008.
- Korppi-Tommola, Aura: *Räihä, Carl-Eric (1904 - 1982). Lastentautiopin professori,* 2006.
- Korppi-Tommola, Aura: *Savonen, Severi (1886 - 1964). Tuberkuloosilääkäri, lääkintöhallituksen lääkintöneuvos, professori.* 2001.
- Korppi-Tommola, Aura: *Ylppö, Arvo (1887 - 1992). Lastentautiopin professori, arkkiaatri.* 2010.
- Kostiainen, Auvo: *Tokoi, Oskari (1873 - 1963), Senaatin talousosaston varapuheenjohtaja, kansanvaltuuskunnan jäsen, kansanedustaja, toimittaja.* 2000.
- Kuusanmäki, Jussi: *Markelin-Svensson, Jenny (1882 - 1929). Suomen ensimmäinen naisinsinööri, ammattientarkastaja.* 2005.
- Laine, Leena: *Kari, Kaarina (1888 - 1982). Voimistelunjohtaja, voimistelun ja terveysopin lehtori, lääkäri, professori.* 2000.
- Löytyniemi, Leena: *Harmaja, Laura (1881 - 1954). Kodin taloustieteen kehittäjä, Kotiliiden toimittaja.* 2000.
- Sainio, Venla: *Eskelin, Karolina (1867 - 1936). Lääketieteen ja kirurgian tohtori, yksityissairaaloiden omistaja.* 2001.
- Siivola, Ulla: *Luoma, Tytyne (1893 - 1970). Valtion Terveystieteiden opiston johtajatar, Lääkintöhallituksen terveysasiantuntija, terveydenhuoltoneuvos.* 2000.
- Sorvettula, Maija: *Pohjala, Kyllikki (1894 - 1979). Sosiaaliministeri, kansanedustaja, sairaanhoitaja, kunnallisneuvos.* 2000.
- Tallberg, Marianne: *Mannerheim, Sophie (1863 - 1928). Ylihoitaja, Suomen sairaanhoitajayhdistyksen puheenjohtaja.* 2000.
- Tallberg, Marianne: *Snellman, Venny (1893 - 1966). Sairaanhoitajakoulutuksen tarkastaja, Sairaanhoitajien koulutussäätiön perustaja, terveysasiantuntija, sosiaalinen neuvos.* 2000.
- Uola, Mikko: *Reinikainen, Oskari (1885 - 1969). Lääkintöhallituksen pääjohtaja, sosiaaliministeri, kansanedustaja, professori.* 2001.
- Uola, Mikko: *Sukselainen, Vieno Johannes (1906 - 1995). Pääministeri, kansanedustaja, kansantaloustieteen professori, Kansaneläkelaitoksen pääjohtaja.* 2006.

Kansanedustajat 1907-2014

https://www.eduskunta.fi/FI/kansanedustajat/entiset_kansanedustajat/Sivut/default.aspx

Haettu 15.1.2017

Lääkärimatrikkelit 1935-1967

Suomen lääkärin 1935. Toim. Gunnar Soininen. Helsinki : Suomen lääkäriliitto , 1935.

Suomen lääkärin 1940. Toim. Gunnar Soininen. Helsinki : Suomen lääkäriliitto , 1941.

Suomen lääkärin 1946. Toim. Gunnar Soininen & Leo A. Kaprio. Helsinki : Suomen lääkäriliitto, 1947.

Suomen lääkärin 1952. Toim. Per-Erik Heikel. Helsinki : Suomen lääkäriliitto, 1953.

Suomen lääkärit 1957. Toim. Per-Erik Heikel & Antero Mikkola. Helsinki : Suomen lääkäri-liitto, 1958.

Suomen lääkärit 1962. Toim. Juhani Kirpilä, Sisko Motti, Anna-Marja Oksa. Helsinki : Suomen lääkäriliitto, 1963.

Suomen lääkärit 1967. Toim. Anja Tiilikainen. Helsinki : Suomen lääkäriliitto, 1968.

Painamattomat lähteet

Leppo Erkki: *Maapallon ympäri*. Julkaisematon käsikirjoitus 1950.

Henkilökohtaiset tiedonannot:

Tapani Kuronen, Kansanterveyslaboratorion keskuslaboratorion eläkkeellä oleva johtaja. 28.9.2009.

Jukka Lumio, LKT Infektiotautien erikoislääkäri 19.10.2009.

Kaisa Kauranen, henkilökohtainen tiedonanto 20.4.2012.

Heikki Peltola Lasten infektio tautien emeritusprofessori, kommentti 20.3.2017.

Ylilääkäri Hanna Nohynek, THL: rokotusohjelmayksikko huhtikuussa 2017.

KIRJALLISUUS

Aalto, Sari: *Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto : suomalaisen lääkärikoulutuksen murroksen vuodet 1933–1969.* Helsingin yliopisto, Helsinki 2016.

Abbott, Andrew: *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* The University of Chicago Press, Chicago and London 1988.

Abbott, Andrew: Professionalism and the future of librarianship. *Library Trends*, 46, 3, 1998, 430–443.

Ackerknecht, Erwin H.: *A Short History of Medicine.* Revised edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 1982.

Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia ; 8, Helsinki, 1969.

Alestalo, Matti & Uusitalo, Hannu: Finland. *Growth to Limits: The Western European Welfare States since World War II*, Vol. I. Ed. Peter Flora. Walter de Gruyter, Berlin 1986, 200–292.

Anderson GW: Foreign and domestic trends in diphtheria. *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 1947, 37(1):1–6.

Andresen, Astri: A Farewell to “Rural Bliss”. Shifting problematizations of school children’s health in Norway 1900–1940. *Scandinavian Journal of History* Vol. 33, No. 3. September 2008, 269–288.

Andresen, Astri; Garðarsdóttir, Ólöf; Janfelt, Monika; Lindgren, Cecilia; Markkola, Pirjo; Söderlind, Ingrid: *Barnen och välfärdspolitiken. Nordiska barndomar 1900–2000.* Serie framtider. Institut för framtidsforskning. Dialogos Förlag, Stockholm 2011.

Andreski [Andrzejewski], Stanislaw: *Military Organization and Society.* University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1954, 20–74.

Apajalahti, Aulis: Keskenmenojen lisääntymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä Helsingin sairaaloista vuosilta 1901–1937 kerätyn aineiston perusteella. *Duodecim* 1939, 263–284.

Arbetet för folkhälsans befrämjande och några reflexioner om sjuksköterskans ställning till detsamma. *Epione*, 2/1921, 11–16.

Ariès ja historian salaisuus. Toim. Matti Peltonen. Turun Historiallinen Yhdistys ry, Turku 2013.

Ariès, Philippe: *Centuries of childhood* ; translated from the French by Robert Baldick ; with a new introduction by Adam Phillips. Pimlico, London 1996 [1962].

Armstrong, David: The Invention of Infant Mortality. *Sociology of Health & Illness* 1986, 8:211–232.

Asiantuntijuuden areenat. Toim. Ilkka Pirttilä ja Susan Eriksson. SoPhi, Jyväskylän Yliopisto 2002.

Asp, K., Elfving, G., Tammilehto, R.: Tetanuksen esiintyminen ja torjunta Suomessa. *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia ; 8, Helsinki, 1969, 36–37.

Backman, W. ja Savonen, S.: *Keuhkotaudin kulku Suomessa vuosina 1771–1929.* Suomalaisen Kirjallisuuden Kirjapaino, Helsinki 1934.

- Bakker, Nelleke: Health and the Medicalization of Advice to parents in the Netherlands, 1890–1950. *Cultures of Child Health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century*. Eds. Marijke Gijswijt-Hofstra and Hilary Marland. Clio Medica, Rodopi, Amsterdam 2003, 137–148.
- Bakker, Nelleke: Sunshine as Medicine: Health Colonies and the Medicalization of Childhood in the Netherlands c. 1900–1960. *History of Education*, Vol. 36, No. 6, November 2007, 659–679.
- Benson, Inkeri: *Tyyne Luoma: terveydenhoitajatyön uranuurtaja*. Suomen Terveystienhoitajayhdistys, Hämeenlinna 1973.
- Berg, Annika: *Den gränslösa hälsan: Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen*. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala 2009.
- Bergenheim, Sophy: From Pronatalism to Salvaging Relationships. The Finnish Population and Family Welfare League's Conceptions of Marriage and Divorce, 1951–1988. *Scandinavian Journal of History*. Published online: 04 Jan 2017.
- Bergman, Harriet: Råd och anvisningar vid vården av späda barn. Upplysningsskrifter som ett led i kampen mot spädbarnsdödligheten i Finland på 1800-talet. *Historisk Tidskrift för Finland* 1993, 34–60.
- Beyond welfare state models : transnational historical perspectives on social policy*. Eds. Pauli Kettunen and Klaus Petersen. Edward Elgar, Cheltenham. 2011.
- Bollet, Alfred: The major infectious epidemic diseases of Civil War Soldiers. *Infectious Disease Clinics of North America* 2004, 293–309.
- Borowy, Iris: *Coming to terms with world health: the League of Nations Health Organisation 1921–1946*. Peter Lang, Frankfurt am Main 2009.
- Briggs, Asa: The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology* 2, 1961, 221–258.
- Broberg, Gunnar and Tyden, Mattias: Introduction. *Scandinavian Journal of History* Vol. 24 , Iss. 2, 1999, 141–143.
- Brosco, Jeffrey P.: The Early History of the Infant Mortality Rate in America: “A Reflection Upon the Past and a Prophecy of the Future”. *Pediatrics* Vol. 103 No. 2 February 1999, 478–485.
- Brosco, Jeffrey P.: Policy and Poverty: Child and Community Health in Philadelphia, 1900 to 1930. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 149(12): December 1995, 1381–1387.
- Brotherus, Heikki: *Ritarikadun asiamehenä: muistelmia murrosvuosilta 1932-1944*. Weilin & Göös, Espoo 1984.
- Brown, Theodore M. and Fee, Elisabeth: Andrija Stampar. Charismatic Leader of Social Medicine and International Health. *American Journal of Public Health*. 2006 August; 96(8): 1383–1386.
- Bryder, Linda and Smith, Richard: Editorial. *Social History of Medicine* 1/1988, v-vi.
- Bryder, Linda: *A Voice for Mothers. The Plunket Society and infant welfare 1907–2000*. Auckland University Press, Auckland 2003.
- Bryder, Linda: ‘We shall not find salvation in inoculation’: BCG vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921–1960. *Social Science and Medicine* 49, 1999, 1157–1167.
- Brändström, Anders: “De kärlekslösa mödrarna”. *Spädbarnsdödligheten i Sverige under 1800-talet med särskild hänsyn till Nedertorneå*. Acta Universitatis Umensis, Umeå Universitet 1984.
- Carpenter, Kenneth J.: A Short History of Nutritional Science: Part 3 (1912–1944) *The Journal of Nutrition*. October 1, 2003 vol. 133 no 10, 3023–3032.
- Carpenter, Kenneth J.: A Short History of Nutritional Science: Part 4 (1945–1985) *The Journal of Nutrition*. November 1, 2003 vol. 133 no. 11, 3331–3342.
- Charitable women - philanthropic welfare 1780-1930: a Nordic and interdisciplinary anthology*. Ed. by Birgitta Jordansson and Tinne Vammen. Odense University studies in history and social sciences, vol. 213. Odense U.P., Odense, 1998.
- Cisek, Janusz and Juszczak, Albert S.: *Polish Refugees and the Polish American Immigration and Relief Committee*. McFarland & Co, Jefferson, North Carolina 2006.
- Civilian Health and Medical Services*. Volume 1. Ed. Arthur McNalty. Medical History of the Second World War. Her Majesty's Stationery Office, London 1953.
- Collins, H.M. and Evans, Robert: The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience. *Social Studies of Science*, Vol. 32, No. 2 Apr. 2002, 235–296.
- Collins, S. D.: Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization, with some comparative data for scarlet fever. *Public Health Reports*, vol. 61, February 15, 1946, 20–204.

- Comstock, George W.: The International Tuberculosis Campaign: A Pioneering Venture in Mass Vaccination and Research. *Clinical Infectious Diseases*, 1994, Volume 19, Issue 3, 528–540.
- Cunningham, Hugh: *Children and childhood in western society since 1500*. Longman, London 1995.
- Dalglis, Sarah, Asha George, Jessica C Shearer and Sara Bennett: Epistemic communities in global health and the development of child survival policy: a case study of iCCM. *Health Policy and Planning*, 30, Supplement article. 2015, ii12–ii25.
- Davies, Celia: The Health Visitor as Mother's Friend: A woman's place in public health, 1900–14. *Social History of Medicine* 1/1988, 39–59.
- Davin, Anna: Imperialism and Motherhood. *History Workshop*. Issue 5, Spring 1978, 9–65.
- Deutschland und Finnland im 20. Jahrhundert*. Herausg. von Edgar Hösch, Jorma Kalela und Hermann Beyer-Thoma. Veröffentlichungen des Osteuropa-Instituts München, Bd. 4. Harrassowitz, Wiesbaden 1999.
- Dunn, P. M.: Dr. Nils Rosen (1706–1773): the father of pediatrics in Sweden. *Archives of Diseases in Childhood* 1991; 66: 1171–1172.
- Dwork, Deborah: *War is Good for Babies & Other Young Children. A history of the infant and child welfare movement in England 1898–1918*. Tavistock Publications, London and New York 1987.
- Edvinsson, Sören, Olof Gardasdotir, and Gunnar Thorvaldsen: Infant mortality in the Nordic Countries 1780–1930. *Continuity and Change* 23 (3), 2008, 457–485.
- Eklöf, Motzi: *Läkarens ethos : studier i den svenska läkarens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Institution för Tema, Linköping 2000.
- Elder, Glen H., Jr. and Giele, Janet Z.: Life Course Studies : An Evolving Field. *The craft of life course research*. Eds. Glen H. Elder, Jr. and Janet Z. Giele The Guildford Press New York 2009, 1–15.
- Elgenmark, Olle: Svensk sjukvård för finska barn under år 1942. *Svenska läkartidningen* 1943, 654–662.
- Elliott, Jayne: Blurring the Bound of Space: Shaping Nursing Lives at the Red Cross Outposts in Ontario, 1922–1945. *Canadian Bulletin of medical History* Volume 21:2 2004, 303–325.
- Emmanuelsson, Agneta & Wendt Rigmor: *I Folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan*. FoU Rapport 43, Stockholm 1994.
- Epstein, Steven: The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology, & Human Values*, 1995 Vol. 20, No.4, 408–443.
- Erkkilä, Sven: Lastenneuvolatoimintaa laajennettava. *Suomen Lääkärilehti* 1951, 243–250.
- Erkkilä, Veikko ja Iivari, Pekka: *Jätetty kodit, tuhotut sillat : Lapin sodan monta historiaa*. Otava, Helsinki 2015.
- Eräsaari, Risto: Avoimen asiantuntijuuden analytiikka. *Asiantuntijuuden areenat*. Toim. Ilkka Pirttilä ja Susan Eriksson. SoPhi, Jyväskylän Yliopisto 2002.
- Eräsaari, Risto: *Sosiaalivaltio ja sosiaalipoliittikan itseymmärrys*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 43, Helsinki 1984.
- Eräsaari, Risto: *Taloudellinen jälleenrakentaminen ja "sosiaalivaltio" Suomessa toisen maailmansodan aikana ja sen jälkeen*. Suomi toisessa maailmansodassa -projektin julkaisuja 3. Helsingin yliopiston monistuspalvelu 1978.
- Eskola, J., Lumio J. and Vuopio-Varkila, J.: Resurgent diphtheria – are we safe? *British Medical Bulletin* 1998,54 (No 3) 635–645.
- Eskola, Jari ja Suoranta, Juha: *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere 1998.
- Eugenics and the welfare state: sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. Eds. Gunnar Broberg and Nils Roll-Hansen. Michigan State University Press, East Lansing, Michigan 1996.
- Europe. 10 Years of Health Progress 1951–1961*. Report of the Regional Director. Regional Office for Europe, Copenhagen 1962.
- Eyles, John, Robinson, Kerry and Elliott, Susan: An epistemic community comes and goes? Local and national expressions of heart health promotion in Canada. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 35.
- Faubion, James D.: *Power. Essential works of Foucault 1954–1984, volume 3*. Penguin Books, London 1994.
- Federley, Harry: *Ärftlighetens betydelse för folkhälsan. Folkhälsan i Svenska Finland*. Svenska Litteratursällskapet i Finland Florinska Kommission, Helsingfors 1920
- Finkelstein, H.: *Lehrbuch der Säuglingskrankheiten*. Springer, Berlin 1905.

- Finland in World War II : History, Memory, Interpretations*. Eds. Tiina Kinnunen and Ville Kivimäki. Brill, Leiden and Boston 2012.
- Fleck, Ludwik: *Genesis and development of a scientific fact*. University of Chicago Press, Chicago 1979.
- Floud, Roderick: *Cambridge Economic History of Modern Britain*. Book 2. Cambridge University Press; 2. edition, 2014.
- Food, Famine and Relief 1940–1946*. Geneva: League of Nations Transit Department Geneva 1946.
- Foucault, Michel: *The Birth of Social Medicine. Power. Essential works of Foucault 1954–1984*, volume 3. Ed. James D. Faubion. Penguin Books, London 1994, 134–156.
- Foucault, Michel: *The politics of health in the eighteenth century. Power. Essential works of Foucault 1954–1984*, volume 3. Ed. James D. Faubion. Penguin Books. London 1994, 90–105.
- Frevert, Ute: Professional Medicine and the Working Classes in Imperial Germany. *Journal of Contemporary History*. Vol. 20, No. 4, Medicine, History and Society Oct., 1985, 637–658.
- Frohmman, Larry: Prevention, Welfare, and Citizenship: The War on Tuberculosis and Infant Mortality in Germany, 1900–1930. *Central European History* 2006, 39: 431–481.
- Garðarsdóttir, Ólöf: *Saving the child. Regional, cultural and social aspects of the infant mortality decline in Iceland, 1770–1920*. Umeå University, Umeå 2002.
- Giddens, Anthony: *The consequences of modernity*. Polity Press, Cambridge 1990.
- Gilkey, Melissa et al.: Professionalization and the Experience-Based Expert: Strengthening Partnerships Between Health Educators and Community Health Workers. *Health Promotion Practices* March 2011 vol. 12 no. 2 178–182.
- Gille, H. Recent Developments in Swedish Population Policy. Part I. *Population Studies*, Jun 1948, Vol. 2 Issue 1, 3–70.
- Glass, David Victor: Scandinavia and the Population Question. D. W. Glass: *Population Policies and Movements in Europe*, 1940. (Verkkojulkaisu Helsingin yliopisto 2002)
- Greenwood, David: *Antimicrobial Drugs. Chronicle of a twentieth century medical triumph*. Oxford University Press, Oxford 2008.
- Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II. Volume I. Sweden, Norway, Finland, Denmark*. Edited by Peter Flora. European University Institute. Series C, Political and Social Sciences. Walter de Gruyter, Berlin-New York 1986.
- Haas, Peter M.: Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46:1, Winter 1992, 1–35.
- Haatanen, Pekka: *Suomen maalaishöyhälistö tutkimuksen ja kaunokirjallisuuden valossa*. W Söderström, Porvoo 1968.
- Hakosalo, Heini: ”Tehokkainta lastensuojelu- ja tuberkuloosityötä, mitä yleensä ajatella saattaa” – Joulumerkkikodit osana tuberkuloosin vastaista kampanjaa Suomessa (1936–1973). *Historiallinen aikakauskirja* 4/2015, 393–412.
- Hakosalo, Heini: Elsa Ryti ja naisen mahdollisuudet 1920-luvun suomalaisessa lääketieteessä. *Historiallinen aikakauskirja* 1/2012, 35–50.
- Hakosalo, Heini: Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. *Duodecim* 2010, 1544–51.
- Hakosalo, Heini: Virkaa tekemässä – lääkärinaiset 1900-luvun alun Suomessa. *Tieteessä tapahtuu* 2008, 13–21.
- Halila, Aimo: *Helsingin kaupungin sosiaalitoimen historia*. Helsingin kaupungin julkaisuja N:o 30. 1977, 187–188.
- Hallman, Niilo, Nevanlinna, Elsa ja Tuuteri, Leena: Valistustyön ja eräiden sosiaalisten tekijäin vaikutuksesta rintaruokintaan. *Duodecim* 1952, 802–817.
- Halpern, Sydney Ann: *American pediatrics: the social dynamics of professionalism, 1880–1980*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1988.
- Harjula, Minna: *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampub, Tampere 2015.
- Harjula, Minna: *Terveiden jäljillä: suomalainen terveystoiminta 1900-luvulla*. Tampere University Press, Tampere 2007.
- Harjula, Minna: *Vaillinaisuudella vaivatut : vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huolto-keskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle*. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1996.
- Harris, Bernard: Public Health, Nutrition, and the Decline of Mortality: The McKeown Thesis Revisited. *Social History of Medicine* 2004, 379–407.

- Harris, Bernard: The Demographic Impact of the First World War: An Anthropometric Perspective. *Social History of Medicine* 1993, 343–366.
- Harthug Henrik: Mellom påbud og frivillighet: Strategier i de norske vaksinasjonsprogrammene 1940–1980. Universitetet i Bergen 2014.
- Heiniö, P.: Die Säuglingssterblichkeit in Finnland von 1750–1935. *Acta Paediatrica*, Vol. XXI, 1937, 166–187.
- Heinonen, Visa: *Talopoikainen etiikka ja kulutuksen henki*. Helsinki Suomen historiallinen seura, 1998.
- Helén, Ilpo ja Jauho, Mikko: Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Hélen ja Mikko Jauho. Gaudeamus, Helsinki 2003, 13–32.
- Henderson, Julie: Expert and lay knowledge: A sociological perspective. *Nutrition & Dietetics* 2010; 67: 4–5.
- Henriksson, Eila: *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Stakes, tutkimuksia 88, Jyväskylä 1998.
- Hentilä, Seppo: Itsenäistymisestä jatkosodan päättymiseen 1917–1944. Jussila, Osmo, Hentilä, Seppo ja Nevakivi, Jukka: *Suomen poliittinen historia 1809–2006*. Helsinki : WSOY Oppimateriaalit, Helsinki, 2006, 99–209.
- Henttonen, Maarit: *Kansakunnan parhaaksi : suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920–1940-luvulla arkkitehtonisena, lääketieteellisenä ja yhteiskunnallisena suunnittelukohteenä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2009.
- Heywood, Colin: *Barndomshistoria*. Studentlitteratur, Lund 2009.
- Hietala, Marjatta: Tutkijat ja Saksan suunta. Suomalaisen tutkijoiden kontakteja ja kohtaloita toisen maailmansodan aikana. *Tutkijat ja sota*. Toim. Marjatta Hietala. Historiallinen arkisto 121. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2006.
- Hietala, Marjatta: *Tietoa, taitoa, asiantuntemusta : Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917*. 1, innovaatioiden ja kansainvälistymisen vuosikymmenet. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1992.
- Hietala, Marjatta: Eugeniikan ja rotuhygienian tausta ja seuraukset. *Tieteessä tapahtuu* 2009, 14–19.
- Hietala, Marjatta: Finnische Wissenschaftler in Deutschland 1860–1950: Allgemeine Bemerkungen mit besonderer Berücksichtigung medizinischer Kontakte. *Deutschland und Finnland im 20. Jahrhundert*. des Osteuropa-Instituts München, Bd. 4. Harrassowitz, Wiesbaden 1999, 373–394.
- Hietala, Marjatta: From Race Hygiene to Sterilization: The Eugenics Movement in Finland. *Eugenics and the welfare state : sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. Eds. Gunnar Broberg and Nils Roll-Hansen. Michigan State University Press, East Lansing, Michigan 1996, 195–258.
- Hietala, Marjatta: Rotuhygieniä. *Mongoleja vai germaaneja? : rotuteorioiden suomalaiset*. Toim. Aira Kemiläinen, Marjatta Hietala, Pekka Suvanto. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1985, 105–162.
- Hietanen, Silvo: *Siirtoväen pika-asutuslaki 1940 : asutuspoliittinen tausta ja sisältö sekä toimeenpano*. Historiallisia tutkimuksia 117. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1982.
- Hietanen, Silvo: Talvisodan evakuoinnit. *Suomi 85: Itsenäisyyden puolustajat*, Vol. 2: *Kotirintamalla*. Toim. Lauri Haataja. Weilin & Göös, Porvoo, 2002.
- Hilli, Yvonne: *Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Åbo akademi, Åbo 2007.
- Hirvensalo, Mikko: Lastenneuvoloissa annettavien ohjeitten yhdenmukaistamisesta. *Suomen Lääkärilehti* 1951, 250–255.
- Hitchcock, William I.: *The Bitter Road to Freedom: The Human Cost of Allied Victory in World War II Europe*. Simon & Schuster, New York 2009.
- Holmila, Antero ja Mikkonen, Simo: *Suomi sodan jälkeen : pelon, katkeruuden ja toivon vuodet 1944–1949*. Atena, Jyväskylä 2015.
- Holmio, Armas Kustaa Ensio: *History of the Finns in Michigan*. Wayne State University Press, Detroit 2001.
- Hoyt, Kendall: Vaccine Innovation: Lessons from World War II. *Journal of Public Health Policy* 2006: 27(1), 38–57.
- Huhtela, Päivi: *Sairaanhoitajien koulutuksen suunnittelu ja toteutus Suomessa vuosina 1945–1957 : terveyssisäarkoulut - portti uusille ideoille*. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1036. Oulun yliopisto, Oulu 2009.

- Hultin, Holger ja Paavilainen, Sirkka: *Kansakoulujen ensiluokkalaisten terveydenhoito Suomessa lukuvuonna 1963/64 uuden terveystieteen valossa*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia ; 4 Helsinki, 1967.
- Hultin, Holger: *Imeväisten terveydenhoito Suomen lastenneuvoloissa 1960-luvulla jatkuvan terveystieteen valossa*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia ; 11. Helsinki, 1973.
- Huovila, Riitta: *Hinkuyskä ja sen esiintyminen Suomessa vuosina 1920–1978*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Helsinki 1981.
- Huss, Marie-Monique: Pronatalism in the Inter-War Period in France. *Journal of Contemporary History*, Vol. 25, No. 1. Jan., 1990, 39–68.
- Häkkinen, Antti: Johan Adolf Kock: elämänkulkuanalyysi ja historia. *Historiallinen aikakauskirja*, 4/2012, 378–389.
- Häkkinen, Antti: Vuosisadat, sukupolvet, elämänkulut: merkitysten analysoimisesta toiminnan tutkimiseen. Väki Voimakas vuosikirja 27: *Työväestö ja hyvinvointi*. Toim. Matti Hannikainen. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Helsinki 2014, 13–35.
- Häkäpöntöistä : *nurkkatansseihin : arjen ilmiöitä sota-aikana*. Toim. Jarkko Keskinen, Suvianna Seppälä, Kari Teräs. Turun yliopisto, Turku 2012.
- Hämynen, Tapio: *Liikkeellä leivän tähden. Raja-Karjalan väestö ja sen toimeentulo 1880–1940*. Historiallisia Tutkimuksia 170, Suomen Historiallinen Seura, Helsinki 1993.
- Hänninen, Sisko-Liisa: *Kättilötyön vaihteita*. Otava, Helsinki 1965.
- Härö, A. Sakari ja Raunio, Veijo: *Seerumit aseina – vastustajina mikrobit. Kansanterveyslaitoksen ja sen edeltäjien historia*. Kansanterveyslaitos, Helsinki 1990.
- Härö, A. Sakari: *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen historia*. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys, Helsinki 1992.
- Härö, A.S. and Mäkipaja, J.: Factors Decreasing the Tuberculosis Mortality of Children in Finland 1936–1961. *Scandinavian Journal of Respiratory Diseases* 1966, 37–52.
- Härö, A.S. ja Pätäjä, Jorma: Tuberkuloosikuolleisuuden ja -sairastavuuden kehityksestä Suomessa ja Helsingissä vv. 1900–1956. *Duodecim* 1958, 677–702.
- Härö, Sakari: *Tuberculosis in Finland. Dark Past – Promising Future*. Finnish Lung Health Association, Helsinki 1998.
- Ihminen sodassa : suomalaisten kokemuksia talvi- ja jatkosodasta*. Toim. Tiina Kinnunen ja Ville Kivimäki. Minerva kustannus, Helsinki 2006.
- Ilmonen, Kaj: Sosiaalinen pääoma: käsite ja sen ongelmallisuus. *Sosiaalinen pääoma ja luottamus*. Toim. Kaj Ilmonen. Jyväskylä : Jyväskylän yliopisto : 2000, 9–38.
- In the Name of the Child : Health and welfare, 1880–1940*. Ed. Roger Cooter. Studies in the Social History of Medicine. Routledge, Taylor & Francis Group, London 1992.
- In experts we trust : knowledge, politics and bureaucracy in Nordic welfare states*. Eds. Åsa Lundqvist, Klaus Petersen. University Press of Southern Denmark, Odense 2010.
- Infant and Child Mortality in the Past*. Eds. Alain Bideau, Bertrand Desjardins and Héctor Pérez Brignoli. Clarendon Press, Oxford 1997.
- Iversen, Erik and Hansen, Erik: *BCG vaccination in Finland and the Finnish Vaccination Index*. The International Tuberculosis Campaign, Copenhagen 1953.
- Jaakkimainen, Helmi: Neuvontatoiminta tuottaa tuloksia Laatokan-Karjalassa. *Suomen Punainen Risti*, 10/1943, 224–225.
- Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia*. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1994.
- Jatkosodan pikkujättiläinen*. Toim. Jari Leskinen ja Antti Juutilainen. WSOY, Helsinki 2005.
- Jauho, Mikko: *Kansanterveysongelman synty: tuberkuloosi ja terveydenhuollon hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa*. Tutkijaliitto, Helsinki 2007.
- Johannisson, Karin: *Det mätbara samhället : statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa*. Norstedt, Stockholm 1988.
- Johannisson, Karin: Folkhälsa: Det svenska projektet från 1900 till 2:a världskriget. *Lychnos 1991. Årsbok för idéhistoria och vetenskapshistoria*, 139–196.
- Johannisson, Karin: *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. Norstedts, Stockholm 1990.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero: *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino, Tampere, 1999.
- Jokipii, Mauno: *Jatkosodan synty : tutkimuksia Saksan ja Suomen sotilaallisesta yhteistyöstä 1940–41*. Otava, Helsinki 1987.

- Junila, Marianne: 'Call of the Wild: Public Health Nursing in Post-War Lapland'. *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000, Studies for the Society for the Social History of medicine*. Ed. J.T.H. Connor and Stephan Curtis. Pickering and Chatto, London 2011, 215–235.
- Jussila, Osmo, Hentilä, Seppo, Nevakivi, Jukka: *Suomen poliittinen historia 1809–2006*. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki, 2006.
- Jutikkala, Eino: *Tampereen Historia 3. Vuodesta 1905–vuoteen 1945*. Tampereen kaupunki, Tampere 1979.
- Jyrinki, Viliina: *Sielunelämän poikkeavuus : lasten poikkeavuuden määrittely 1950-luvun Suomessa*. Suomen historian pro-gradu-tutkimus, Jyväskylän yliopisto 2014.
- Järvinen, Lauri J.: Aktiivi-immunisoinnista difteriaa vastaan. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 1941, 162–165.
- Kaarninen, Mervi: *Punaorvot 1918*. Minerva, Helsinki 2008.
- Kahlson, Georg: Krig och medicinskt framåtskridande. *Svenska Läkartidningen* 1946, 2566–2575.
- Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika: *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus Helsinki 2000.
- Kannisto, Väinö, Nieminen, Mauri and Turpeinen, Oiva: Finnish Life Tables Since 1751. *Demographic Research*, volume 1, article 1. July 1999.
- Kannisto, Väinö: *Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa*. Kansantaloudellinen yhdistys, Helsinki 1947.
- Kannisto, Väinö: Lastenkuolleisuuden luonteesta meillä ja muualla. *Suomen Lääkäriliiton aikakauslehti*. 1945, 129–139.
- Kansakunta sodassa 1. Sodasta sotaan*. Päätoim. Silvo Hietanen. Opetusministeriö, Valtion painatuskeskus Helsinki 1989.
- Kansakunta sodassa 2. Vyö kireällä*. Päätoim. Silvo Hietanen. Opetusministeriö, Valtion painatuskeskus Helsinki 1990.
- Kansakunta sodassa 3. Kuuhun yli*. Päätoim. Silvo Hietanen. Opetusministeriö, Valtion painatuskeskus Helsinki 1992.
- Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Hélen ja Mikko Jauho. Gaudeamus, Helsinki 2003.
- Kansalta kansan hyväksi*. Suomen Huolto r.y., Helsinki 1952.
- Kaprio Leo: Suomen preventiivisen lääketieteen historia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1990: 3: 188–205.
- Kaprio, Leo: Suomen terveydenhuolto kansainvälisestä näkökulmasta. *Duodecim* 1985, 2251–2254
- Karkama, Pertti: Runoilija ideologina. V. A. Koskenniemen poliittiset näkemykset 1930-luvulla. *Ajan paineessa : kirjoituksia 1930-luvun suomalaisesta aatemaailmasta*. Toim. Pertti Karkama ja Hanne Koivisto. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 1999.
- Kaukinen, K.: Imeväiskuolleisuudesta Turussa vuosina 1901–1943. *Duodecim* 1946, 756–762.
- Kavén, Pertti: *70 000 pientä kohtaloa. Suomen sotalapset*. 2. laajennettu painos, Sahlgrenin kustannusliike OY, Helsinki 2004.
- Kavén, Pertti: *Humanitaarisuuden varjossa : poliittiset tekijät lastensiirroissa Ruotsiin sotiemme aikana ja niiden jälkeen*. Väitöskirja. Helsinki 2010.
- Kemppainen, Ilona: *Isänmaan uhrin : sankarikuolema Suomessa toisen maailmansodan aikana*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2006.
- Keskitetty vapaa huoltotyö 1939–1949*. Vapaan Huollon julkaisuja N:o 30. Suomen Huolto r.y. Helsinki 1949.
- Kettunen, Pauli: The Nordic Welfare State in Finland. *Scandinavian Journal of History* 26, 2001, 225–247.
- Kettunen, Pauli: The Tension between the Social and the Economic: A Historical Perspective on a Welfare State. *The Road to Prosperity: An Economic History of Finland*. Eds. Jari Ojala, Jari Eloranta and Jukka Jalava. Helsinki 2006.
- Keyes, Daniel J.: *In the name of eugenics: genetics and the uses of human heredity*. Knopf, New York 1985.
- Key, Ellen: *Barnets århundrade*. Bonniers förlag, Stockholm 1900.
- Kim, Hoi-eun: *Doctors of Empire: Medical and Cultural Encounters between Imperial Germany and Meiji Japan*. University of Toronto Press, Toronto 2014.
- Kivimäki, Ville: *Murtuneet mielet : taistelu suomalaissotilaiden hermoista 1939–1945*. WSOY, Helsinki 2013.
- Kodin, perheen ja lasten yhteiskunta : kansalaistietoa väestökysymyksessä. Viisivuotisen toimintansa johdosta julkaissut Väestöliitto. Väestöliitto, Helsinki 1945

- Korppi-Tommola, Aura: Hungry, but not starving. Marjatta Hietala – Tanja Vahtokari: *The Landscape of Food. The Food Relationship of Town and Country in Modern Times* Studia Fennica Historica, Helsinki 2003, 145–153.
- Korppi-Tommola, Aura: Lapset sodan jaloissa. *Suomi 85. Itsenäisyyden puolustajat. Kotirintamalla*. Toim. Lauri haataja. WSOY Porvoo 2002, 200–205.
- Korppi-Tommola, Aura: *Miina Sillanpää – edelläkävijä*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2016.
- Korppi-Tommola, Aura: *Terve lapsi – kansan huomen. Mannerheimin lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920–1990*. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki 1990.
- Korppi-Tommola, Aura: War and Children in Finland during the Second World War. *Pedagogica Historica*, 44: 4, 2008, 445–455.
- Korppi-Tommola, Aura: Väliinputoajien sukupolvi 1930-luvulla. *Arvot, analyysi, tulkinta*. Toim. Marjatta Hietala, Jarmo Oikarinen ja Hannele Virta. Suomen historiallinen Seura 1997, 91–98.
- Korppi-Tommola, Aura: *Ystävyyttä yli Pohjanlahden. Ruotsin ja Suomen välinen kummikuntaliike 1942–1980*. Väitöskirja, Helsinki 1982.
- Koskimies, Akseli: Mitä ovat sosiaalihygienia ja sosiaalimediini? *Duodecim* 1916, 133–147.
- Kouvalainen, Kauko: Professori Viljo Rantasalo 29.8.1887–6.12.1983. *Duodecim* 1984, 632–633.
- Koven, Seth and Michel, Sonya: Womanly duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain and the United States, 1880–1920. *American Historical Review*, Vol. 95, No. 4. Oct., 1990, 1076–1108.
- Kulomaa, Jukka: *Äänisläma: Petroskoin suomalaismiehityksen vuodet 1941–1944*. Helsingin yliopisto, Helsinki 1987.
- Kunitz, Stephen J.: The personal Physician and the Decline of Mortality. *The Decline of Mortality in Europe*. Eds. R. Schofield, D. Reher and A. Bideau. Clarendon Press, Oxford 1991, 248–262.
- Kurenmaa, Pekka ja Lentilä, Riitta: Sodan tappiot. *Jatkosodan pikkujättiläinen*. Toim. Jari Leskinen ja Antti Juutilainen. WSOY, Helsinki 2005, 1150–1162.
- Kuusisto, Paavo: Epäsiisteys kuoleman aiheuttajana. *Suomen Punainen Risti* 8/1950, 146–147.
- Kyrklund, Rafael: *Bordet-Gengoun Pertussis-basillia käsittäviä bakteriologiaa ja serologiaa tutkimuksia*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Helsinki 1917.
- Labisch, Alfons: Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of 'Health' and the 'Homo Hygienicus' *Journal of Contemporary History*, Vol. 20, No. 4, Oct. 1985. *Medicine, History and Society*, 599–615.
- Labisch, Alfons: *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Campus Verlag, Frankfurt am Main 1992.
- Lahdensuu, Sakari: Lastenneuvolatoiminnasta. *Suomen Lääkärilehti* 1950, 860–870.
- Laiho, A.: Sairaanhoidtajien akatemisoimispyrkimykset – menestystarina? *Sairaanhoidtaja* 2/2006, 30–33.
- Laine, Antti: *Suur-Suomen kahdet kasvot. Itä-Karjalan siviiliväestön asema suomalaisessa miehityshallinnossa 1941–44*. Helsinki, Otava 1982.
- Laurent, Helene: *Kunnanlääkärinä korvessa. Naispuolisten lääketieteen kandidaattien kokemuksia talvisodan aikana*. Kandidaattityö, talous- ja sosiaalishistoria, Helsingin yliopisto 2005.
- Laurent, Helene: *Suuri täisota. Pilkkukuumeen torjunta Suomessa jatkosodan aikana 1941–1944*. Pro gradu. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntahistorian laitos, talous- ja sosiaalishistoria, 2006. Saatavana myös verkkolähteenä: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/yhteis/pg/laurent/suuritai.pdf>
- Laurent, Helene: War and the Emerging Social State: Social Policy, Public Health and Citizenship in Wartime Finland. *Finland in World War II. History, Memory, Interpretations*. Eds. Tiina Kinnunen and Ville Kivimäki. Brill, Leiden and Boston 2012, 315–34.
- Lehtola, Veli-Pekka: *Saamelainen evakko. Rauhan kansa sodan jaloissa*. City-Samit r.y., Helsinki 1994.
- Lehtonen, Turo–Kimmo: Bakteeri ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveysvalistuksessa 1890-luvulla. *Terveystien lähteillä : länsimaisten terveyskasitysten kulttuurihistoriaa*. Toim. Timo Joutsivuo ja Heikki Mikkeli. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1998, 205–252.
- Lemons, J. Stanley: The Sheppard-Towner Act: Progressivism in the 1920s. *The Journal of American History*, Vol. 55, No. 4, Mar., 1969, 776–786.

- Lento, Reino: Väestöpoliittisen ajatustavan synty ja tähänastinen kehitys Suomessa, *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton Vuosikirja I*. WSOY Porvoo - Helsinki 1946, 41–85.
- Leonards, Chris and Randeraad, Nico: Transnational Experts in Social Reform, 1840–1880. *International Review of Social History* 2010, 215–239.
- Leppo Erkki: Lastenhoidosta ja sen kohottamisesta Suomessa. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 1940, 223–251.
- Leppo, Erkki: Kansanterveystyön tämän hetken tärkein tehtävä – kurkkumätärökotus yleiseksi ja täydelliseksi. *Suomen Punainen Risti* 5/1946, 80–82, 101.
- Leskinen, Jari ja Juutilainen, Antti: *Jatkosodan pikkujättiläinen*. WSOY Helsinki 2005.
- Lewis, Jane: *The Politics of Motherhood. Child and maternal welfare in England, 1900–1939*. McGill-Queen's University Press, Montreal 1980.
- Lewis, Jane: The Prevention of Diphtheria in Canada and Britain 1914–1945. *Journal of Social History* 2000, 163–176.
- Lithell, Ulla-Britt: *Små barn under knappa villkor*. Torsby Finnkulturcentrums skrifter 1999.
- Litzen, Aulikki: A. I. Virtasen huippuysikkö selviytyi sodasta. *Tutkijat ja sota*. Historiallinen arkisto 121. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2006, 236–298.
- Liuksiala Leea: *Terveystieteiden ammatillisena instituutiona ja sen sopeutuminen ruualliseen sosiaaliseen yhteisöön*. Licensiaatintutkielma. Turun yliopiston sosiologian laitos, Turku 1954.
- Livi-Bacci, Massimo: Introduction. *Infant and Child Mortality in the Past*. Eds. Alain Bideau, Bertrand Desjardins and Hector Pérez Brignoli. Clarendon Press, Oxford 1997, 1–4.
- Lojander, Woldemar: Maalaiskuntiemme terveydenhoidollisista olosuhteista. *Duodecim* 1952, 483–503.
- Loudon, Irvine: On Maternal and Infant Mortality 1900–1960. *Social History of Medicine* 1991; 4: 29–73.
- Ludvigsen, Kari & Elvbakken, Kari Tove: *The Public, the Mother and the Child. Public Health initiatives promoting the strong and happy child - focusing on food and mental health*. Rokkansenteret Working Papers. 11. Rokkansenteret, Bergen 2005.
- Lumey, L.H.: and van Poppel F.W.A.: The Dutch Famine of 1944–45: Mortality and Morbidity in Past and Present Generations. *Social History of Medicine*, 1994; 7: 229–246.
- Lundqvist, Åsa & Petersen, Klaus: Experts, knowledge and the Nordic Welfare states. An introduction. In *experts we trust : knowledge, politics and bureaucracy in Nordic welfare states*. Eds. Åsa Lundqvist & Klaus Petersen. University Press of Southern Denmark, Odense 2010.
- Lähteenmäki, Marja: *Vuosisadan naisliike. Naiset ja sosialidemokratia 1900-luvun Suomessa* Sosialidemokraattiset naiset – Socialdemokratiska kvinnor, Helsinki 2000.
- Läkare i fält och Bakom fronten*. Minnen från Finlands frihetskrig. Utgivna av Finlands sanitetsofficersförbund. Söderstrom & Co. Helsingfors 1928.
- Lääkärinä sodassa*. Suomen Lääkäriliiton kokoamista muistelmista toim. Kyllikki Kauttu. Tammi, Helsinki 1989.
- Løkke, Anne: *Døden i barndommen. Spædbørnsdødelighed og moderiseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920*. Gyldendal, København 1998.
- Lönnroth, Elias: Minkätähden kuolee niin paljo lapsia ensimmäisellä ikävuodellansa? *Suomen julkisia sanomia* 1–4/1860.
- Löwy, Ilana: Ludwik Fleck on the social construction of medical knowledge. *Sociology of Health & Illness*. 1988, Vol. 10(2), 133–155.
- Majander, Mikko: *Demokratiaa dollareilla. SDP ja puoluerahoitus pulataloudessa 1945–1954*. Helsinki, Otava, 2007.
- Malmivaara, Katri: *Helsinkiä lasten pituus- ja painokasvusta 0–14 vuoteen toisen maailmansodan aikana*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto 1949.
- Mandelin, Erik: *Tjugo år barnskydd i Finland. Mannerheim-förbundets verksamhet 1920–1940*. Helsingfors 1940.
- Mannheim, Karl: *Essays on the sociology of knowledge*. Routledge & Kegan Paul Ltd, London 1952.
- Marks, Lara V.: *Metropolitan maternity : maternal and infant welfare services in early twentieth century London*. Clio medica; 36. Brill Rodopi, Amsterdam 1996.
- Marmot, Michael: *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. Bloomsbury publishing, London 2015.

- Martikainen, Tuomo: *Julkisen sektorin kasvu Suomessa*. DETA-projekti. Helsingin Yliopiston yleisen valtio-opin laitoksen tutkimuksia. Sarja C. Helsinki 1975.
- Marwick, Arthur: *War and Social Change in the Twentieth Century. A Comparative Study of Britain, France, Germany, Russia and the United States*. Macmillan Press, London and Basingstoke 1974.
- Mattila, Markku: *Kansamme parhaaksi : rotuhygienia Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin*. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1999.
- McKeown, Thomas: *The modern rise of population*. Edward Arnold, London 1976.
- McNeill, William: *Kansat ja kulkutaudit*. Vastapaino, Tampere, 2004 [1976].
- Meckel, Richard A.: *Save the Babies. American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929*. The University of Michigan Press, Ann Arbor, 1990.
- Mein Smith, Philippa: Mothers, Babies, and the Mother and Babies Movement: Australia Through Depression and War. *Social History of Medicine* 1993, 6, 1, 51–83.
- Meinander, Henrik: *Suomi 1944: sota, yhteiskunta, tunnemaisema*. Silta, Helsinki 2009.
- Mertsola, Jussi: *Whooping cough : serological and epidemiological studies*. Väitöskirja, Turun yliopisto, Turku 1985.
- Meskus, Mianna: *Elämän tiede*. Vastapaino, Tampere 2009.
- Michelsen, Karl-Erik: *Viides sääty : insinöörit suomalaisessa yhteiskunnassa*. Tekniikan akateemisten liitto, Helsinki 1999.
- Miemois, Karl Johan: *Föreningen Folkhälsan i Närpes r.f. 30.10.1921–30.10.1971*. Historik, Närpes 1971.
- Mikkeli, Heikki: Terveys ihanteena – terveys elämäntapana. *Terveysten lähteillä : länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa*. Toim. Timo Joutsivuo ja Heikki Mikkeli. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1998, 9–27.
- Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja I*. Toim. Pentti Huovinen, Seppo Meri, Heikki Peltola, Martti Vaara, Antti Vaheri ja Ville Valtonen. Kustannus OY Duodecim, Helsinki 2003.
- Milton, Lena: *Folkhemmets barnmorskor. Den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid*. Uppsala 2001.
- Mitchell, B. R.: *International historical statistics : Europe 1750-1993*. Macmillan Reference, London 1998.
- Modeen, Gunnar: Suomen väkiluvun tuleva kehitys ja sen taloudelliset seuraukset. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, VI. Helsinki 1934, 351–377.
- Mongoleja vai germaaneja? : rotuteorioiden suomalaiset*. Toim. Aira Kemiläinen, Marjatta Hietala, Pekka Suvanto. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1985.
- Morel, Marie-France: The Care of Children: the Influence of Medical Innovation and Medical Institutions on Infant Mortality 1750–1914. *The Decline of Mortality in Europe*. Eds. R. Schofield, D. Reher and A. Bideau. Clarendon Press, Oxford 1991, 196–219.
- Moring, Beatrice: Allmogens barnsyn i det agrara Finland och överhetens vantolkningar av densamma. *Historisk Tidskrift för Finland* 1/1993, årg. 78, 16–33.
- Moring, Beatrice: Motherhood, Milk and Money. Infant Mortality in Pre-Industrial Finland. *Social History of Medicine* 1998, 177–196.
- Mustajoki P. Lääkäri ja medikalisaatio. *Duodecim* 2003, 1869–1873.
- Mustonen, Maija, Suominen, Risto ja Suonoja, Kyösti: *Imeväiskuolleisuuteen vaikuttavat sosiaaliset ja taloudelliset tekijät Suomessa 1910 – 1971*. SVT, sosiaalisia erikoistutkimuksia, XXX:46, Helsinki 1976.
- Muuttuva asiantuntijuus*. Toim. Juhani Kirjonen, Pirkko Remes & Anneli Eteläpelto. Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylä 1997.
- Mylly, Juhani: *Maalaisliitto-keskustapuolueen historia 2. Maalaisliitto 1918–1939*. Kirjayhtymä, Helsinki 1989.
- Myrdal, Alva och Myrdal, Gunnar: *Kris i befolkningsfrågan*. Albert Bonniers förlag, Stockholm 1935.
- Neuvola-auton mukana Lappia kiertämässä. *Suomen Punainen Risti*, 7/1953, 10.
- Nevakivi, Jukka: Jatkosodasta nykypäivään 1944–2006. Jussila, Osmo, Hentilä, Seppo, Nevakivi, Jukka: *Suomen poliittinen historia 1809–2006*. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki, 2006, 211–364.
- Niemi, Marjaana: *Public Health and Municipal Policy making. Britain and Sweden, 1900 – 1940*. Ashgate, Aldershot Hampshire 2007.
- Nieminen, Armas: Viisi vuotta toimintaa terveen väestönkehityksen sekä kodin, perheen ja lasten yhteiskunnan hyväksi. Väestöliitto 1941–1946. *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä*. Väestöliiton vuosikirja I. WSOY, Porvoo – Helsinki 1946, 86–115.

- Nieminen, Armas: *Väestökysymys entisinä aikoina ja nykyään*. Sosialipoliittisen yhdistyksen julkaisuja I. WSOY, Porvoo – Helsinki 1941.
- Nieminen, Mauri: *Väestötilastoja 250 vuotta. Katsaus väestötilaston historiaan vuosina 1749–1999*. Suomen Virallinen Tilasto. Väestötilasto; 1999:8. Tilastokeskus, Helsinki 1999.
- Niiniluoto, Ilkka: Ihminen medikalisaation pihdeissä. *Duodecim* 2003, 1857–62.
- Nordic associations in a European perspective*. Eds. Risto Alapuro and Henrik Stenius. European civil society ; v. 8. Nomos, Baden-Baden 2010.
- Nordman, Rolf: Vanhempien suhtautumisesta lastensa rokotukseen. *Suomen Lääkärilehti* 1956, 373–376.
- Nummela, Ilkka: *Inter arma silent revisores rationum. Toisen maailmansodan aiheuttama taloudellinen rasitus Suomessa vuosina 1939–1952*. Studia Historica Jyväskyläensia 46. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1993.
- Numminen, Irmeli: *Arvo Ylpön vuosisata*. WSOY Porvoo – Helsinki – Juva 1987.
- Nätkin, Ritva: *Kamppailu suomalaisesta äitiydestä : maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset*. Gaudeamus, Helsinki 1997.
- Ollila, Anne: *Suomen kotien päivä valkenee... Marttajärjestö suomalaisessa yhteiskunnassa vuoteen 1939*. Historiallisia Tutkimuksia 173. Suomen historiallinen Seura, Helsinki 1993.
- Omran, A.R.: The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971; 49 (4): 509–538.
- Paavilainen, Marko: *Ristiaallokosta lapsen oikeuksiin: lastensuojelun yhteistoiminnan historia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia, 1342. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2012.
- Paavolainen, Erkki: *Sellainen oli Karjala : luovutetun alueen vaiheita*. Otava, Helsinki 1958.
- Palmblad, Eva: *Medicinen som samhällslära*. Daidalos, Göteborg 1990.
- Palmgren, Ebba: Lapin Lastenlinna. *Suomen Punainen Risti* 10/1952, 138–139.
- Parish, H., J.: *A History of Immunization*. E. & S. Livingstone LTD, Edinburgh and London 1965, 148.
- Parmala, M. E.: Rokotuksista ja niiden kustannuksista maassamme 1953 – 1957 tilastojen valossa. *Duodecim* 1959, 659–673.
- Parpola, Antti ja Joutsivuori, Timo: *Hyvinvointia rakentamassa. Orionin vuosisata*. Otava, Helsinki 2017.
- Pelkonen, Elna: *Marttatyötä Laatokan Karjalassa*. Siirtomarttojen Pohjoinen Piiriliitto, Pieksämäki 1958.
- Peltola, Jarmo: *Lama, pula ja työttömyys : tamperelaisperheiden toimeentulo 1928–1938. 1930-luvun lama teollisuuskaupungissa; 2*. Tampere University Press, Tampere 2008.
- Peltola, Juha: Eteenpäin ja Raivaaja. *Sinistä punaista mustaa : näkökulmia Suomen 1930–40-lukujen poliittiseen historiaan*. Toim. Petri Juuti. KehäMedia, Kangasala 2005, 7–42.
- Peltonen, Matti: Modernin pimeä puoli. *Uusi, uljas ihminen*. Toim. Marja Härmänmaa ja Markku Mattila. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä 1998, 9–17.
- Pensala, Väino: Ei pidä unohtaa rokotuksia! *Terveystieteiden lehti* 1952, 16–18.
- Pensala, Väino: Kurkkumätä on vakava tauti. *Suomen Punainen Risti* 1/1948, 18–19, 32.
- Pensala, Väino: Äitiysavustus ja veritutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 1953, 312–315.
- Perheen puolesta : Väestöliitto 1941–1991*. Toimituskunta: Kalle Österlund et al. Väestöliitto, Helsinki 1991.
- Pesonen, Niilo: *Terveystieteiden puolesta – sairautta vastaan. Terveystieteiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800–1900-luvulla*. WSOY, Porvoo 1980.
- Philip, Alistair G. S.: The Evolution of Neonatology. *Pediatric Research* Vol. 58, No. 4, 2005, 799–815.
- Piirainen, Veikko: *Vaivahoidosta sosiaaliturvaan. Sosiaalihuollon ja sen työntekijäjärjestöjen historiaa Suomen itsenäisyyden ajalla*. Arvi A. Karisto OY, Hämeenlinna 1974.
- Pitkänen, K. J., Mielke, J. H. and Jorres, L. B.: Smallpox and its Eradication in Finland. Implications for Disease Control. *Population Studies*, 43, 1989, 95–111.
- Pitkänen, Kari: Infant Mortality Decline in a Changing Society. *Yearbook of Population Research in Finland* XX 1983, 46–73.
- Plotkin, Stanley A., Offit, Paul A., Orenstein, Walter A.: *Vaccines : expert consult*. Saunders, Edinburgh 2013.
- Pohjala, Kyllikki: *Kuljin tietäni*. W. Söderström, Porvoo 1966.
- Pollock, Linda A.: *Forgotten children. Parent – child relations from 1500 to 1900*. Cambridge University press, Cambridge, 1988.

- Porter, Bruce D.: *War and the Rise of the State. The Military Foundations of Modern Politics*. Simon&Schuster, New York 1994.
- Porter, Dorothy (ed.): *The History of Public Health and the Modern State*. Editions Rodopi B.V., Amsterdam – Atlanta, GA 1994.
- Porter, Dorothy: *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. Routledge, London and New York 1999.
- Porter, Roy: *The greatest benefit to mankind : a medical history of humanity from antiquity to the present*. Fontana Press, London 1999.
- Pulkkinen, Timo: *Missä se raja kulkee? Moskovan rauhasopimuksen rajojen synty ja seuraukset*. Suomen historian pro gradu -tutkielma, Joensuu yliopisto, maaliskuu 2008.
- Pulma, Panu ja Turpeinen Oiva: *Suomen lastensuojelun historia*. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki 1987.
- Pulma, Panu: Kerjuuluvasta perhekuntoutukseen. Lapsuuden yhteiskunnallistuminen ja lastensuojelun kehitys Suomessa. Pulma, Panu ja Turpeinen Oiva. *Suomen lastensuojelun historia*. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki 1987.
- Punto, Anni: *Terveysisäntätoiminnan ja terveyssisarten neuvontatoiminnan kehitys Suomessa vuosina 1912–1944*. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, Helsinki 1991.
- Rahikainen, Marjatta: Ariès lapsen ja perhe-elämän historiasta. *Ariès ja historian salaisuus*. Toim. Matti Peltonen. Turun Historiallinen Yhdistys ry, Turku 2013, 44–113.
- Rahikainen, Marjatta: *Centuries of Child Labour : European Experiences from the Seventeenth to the Twentieth Century*. Ashgate 2004.
- Rainio-Niemi, Johanna: State Committees in Finland in Historical Comparative Perspective. *Nordic associations in a European perspective*. Eds. Risto Alapuro and Henrik Stenius. European civil society ; v. 8. Nomos, Baden-Baden 2010, 241–267.
- Rantasalo Viljo: Über die Bevölkerungsfrage in Finnland. *Acta societatis medicorum Fennicae* 1939, 1–14.
- Rantasalo, Leila: Perhe ja sen huolto nykypäivien Saksassa. *Huoltaja* 22/41 (marraskuu) 391–394.
- Rantasalo, Viljo: Den nya vaccineringsplanen i Finland. *Nordisk Medicin*, Bd 38, No 23, 4.VI 1948, 1153–1155.
- Rantasalo, Viljo: Lastenhoidon neuvolain (-neuvonta-asemien) osuus tuberkuloosin-vastustamistyössä. *Duodecim* 1935, 147–159.
- Rantasalo, Viljo: Lastensuojelun merkitys väestöpoliittiselta kannalta. *Lapsi ja nuoriso* 7–8/1939, 97–99.
- Rantasalo, Viljo: Maaseudun lastenneuvolatyön organisoinnista. *Suomen lääkäriliiton aikakauslehti*. 1945, 163–172.
- Rauhaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättymisen 1944–1950*. Toim. Ville Kivimäki ja Kirsi-Maria Hytönen. Vastapaino, Tampere 2015.
- Rautavirta, Kaija: *Petusta pitsaan : ruokahuollon järjestelyt kriisiaikojen Suomessa*. Helsingin yliopisto, Helsinki 2010.
- Rautio, Erkki, Tuomo Korteniemi ja Mirja Vuopio: *Pohjoiset pakolaiset. Tietoa ja tarinoita Lapin sodista ja lappilaisten evakkotaipaleelta*. Pohjan väylä OY, Pello 2004.
- Rauttamo, Mari: *Valistusjärjestöstä toimeenpanevaksi väestöpoliittiseksi elimeksi : Väestöliiton syntyhistoria ja liiton toimintaa vuosina 1941–1960*. Väestöliitto, Helsinki 1980.
- Reidpath, D. D., Allotey, P.: Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57;344–346.
- Riihola, Maiju: *Aidin sydäntä ja maitoa ei mikään voi korvata : Lastenhoitokäytännöt ja -suositukset neuvolajärjestelmän kehittymisen valossa 1920- ja 1930-lukujen Helsingissä*. Pro gradu, Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntahistorian laitos, 2010. Myös verkkolähteenä. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/18264/aidinsyd.pdf?sequence=1> Haettu 19.3.2017.
- Riska, Elianne and Wegar, Katarina: The medical profession in the Nordic countries: medical and gender-based work. *Health professions and the state in Europe*. Edited by Terry Johnson, Gerry Larkin and Mike Saks. Routledge, London and New York 1995, 115–122.
- Rodgers, Daniel T: *Atlantic crossings: social politics in a progressive age*. Bellknap Press of Harvard University Press, Harvard 1998.

- Rollet, Catherine: The Fight Against Infant Mortality in the Past: An International Comparison. *Infant and Child Mortality in the Past*. Eds. Alain Bideau, Bertrand Desjardins and Héctor Pérez Brignoli. Clarendon Press, Oxford 1997, 38–58.
- Roll-Hansen, Niels: Eugenics in Scandinavia after 1945. *Scandinavian Journal of History*, vol 24, number 2, 1 June 1999, 199–213.
- Rose, Nikolas and Peter Miller: Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*. Vol. 43, No. 2, Jun. 1992, 173–205.
- Rosen, George. *A History of Public Health*. Expanded edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1993 [1958].
- Rosén, Gunnar: *Sata sodan ja rauhan vuotta. Suomen Punainen Risti 1877–1977*. Toinen, uusittu painos. Suomen Punainen Risti, Helsinki 2002.
- Rosén, Gunnar: *Suomalaisia Itä-Karjalassa. Sotilashallinnon ja Suomen Punaisen Ristin yhteistoiminta 1941–44*. Suomen historiallinen Seura, Helsinki 1998.
- Ruotsalainen, Armas: Tuberkuliinitutkimuksista lapsilla Pirquet-reaktiota käyttämällä. *Duodecim* 1922, 191–205.
- Ruotsalainen, Armas: Vuotta nuorempien lasten kuolleisuus Helsingissä vuosina 1911 – 1924. *Duodecim* 1925, 591–612.
- Rusi, Alpo: *Lehdistösensuuri jatkosodassa : sanan valvonta sodankäynnin välineenä 1941–1944*. Suomen historiallinen Seura, Helsinki 1982.
- Rutanen, Eeva-Marja ja Ylikorkala, Olavi: Raskaus ja synnytys Suomessa—onko valtakunnassa kaikki hyvin? *Duodecim* 1998, 2209.
- Ryymän, Teemu: “Tuberculosis-threatened Children”: The Rise and Fall of a Medical Concept in Norway, c. 1900–1960. *Medical History*, 2008, 52: 347 – 364.
- Räihä, C.-E.: Mannerheim-liiton kiertävän neuvolan lääkärinä Karjalassa. *Suomen Punainen Risti* 9–10/1942, 238–240, 253.
- Saarelma, Marja: Rokotuskysymyksistä. *Suomen Lääkärilehti* 1952, 598–611.
- Saarikoski, Vesa: Yhteiskunnan modernisoituminen: *Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen historia*. Toim. Ville Pernaa, Mari K. Niemi. Edita, Helsinki 2005, 115–131.
- Sallinen-Gimpl, Pirkko: *Siirtokarjalainen identiteetti ja kulttuurien kohtaaminen*. Kansatieteellinen arkisto 40. Suomen muinaismuistoyhdistys, Helsinki 1994.
- Salmi, Toivo: Imeväiskuolleisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä Suomessa viime vuosina. *Duodecim* 1944, 537–568.
- Salo, Eeva: BCG in Finland: changing from a universal to a selected programme. *Eurosurveillance*, Volume 11, Issue 3, 01 March 2006.
- Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland 1921 – 1946. Festschrift utgiven med anledning av samfundets 25 – års jubileum. Helsingfors 1946.
- Sappinen, Jouni: *Nälkää vastaan – Herbert Hooverin avustusorganisaatioiden toiminta Suomessa ja Tampereella 1919–1920*. Historian pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto 2010.
- Saraste, Einar: Yleisen terveydenhoidon tehostamisesta. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 3/1938, 109–120.
- Satka, Mirja: Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia*. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1994, 261–339.
- Savonen Severi: Calmetten suojarokotuksesta keuhkotautia vastaan. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 6/1940, 198–204.
- Savonen Severi: Kansanterveysystyö väestöpoliittisena tekijänä *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 2/1942, 52–60.
- Savonen, Severi. Rotu ja terveys. Rodun heikkenemistä on käytävä torjumaan. *Terveydenhoito-lehti*, 1942, 62–67.
- Savonen, Severi: Euroopan hygieniakouluista ja kansanterveyden edistämislaitoksen perustamisesta Suomeen. *Duodecim* 5/1938, 387–398.
- Savonen, Severi: Kansainvälisestä tuberkuloosityöstä. *Duodecim* 1931, 192–203.
- Savonen, Severi: *Kansanterveyttä tehostamaan! Maalaiskuntien yleisen terveydenhoidon ohjelma*. Otava, Helsinki 1941.
- Savonen, Severi: Piirteitä Amerikan terveyden- ja sairaanhoidosta. *Duodecim* 5/1939, 641–653.
- Savonen, Severi: *Tuberkuloositartunnan levinneisyydestä Suomessa*. Tekijä, Helsinki 1937.
- Savonen, Severi: VIII kansainvälinen tuberkuloosikonferenssi Hollannissa v. 1932. *Duodecim* 1933, 94–110.

- Savonen: Severi: Suomen kansanterveystyön ohjelma. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 2/1942 38–45.
- Saxén, Harri: Timo Vesikarin rotavirusrokotetutkimus arvioitu vuoden 2006 parhaaksi tutkimukseksi. *Duodecim* 2007, 252–253.
- Schiøtz, Anna: *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*. Bind 2. Universitetsforlaget, Oslo 2003.
- Seip, Anne-Lise: "Velferdskommunen og velferdstrekanten -et tilbakeblikk", in *Velferdskommunen -kommunenenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, ed. Anne-Hilde Nagel. Alma Mater, Bergen 1991, 24–42.
- Seip, Anne-Lise: Who Cares? Child, Family and Social Policy in Twentieth-century Norway. *Scandinavian Journal of History* 1987, 12, 331–343.
- Seip, Åsmund Arup 2007: Poor Relief and Welfare Legislation in Norway, 1814–1920, 97–124. *Welfare peripheries : the development of welfare states in nineteenth and twentieth century Europe*. Eds. Steven King and John Stewart. Peter Lang, Oxford 2007.
- Selden, Steven: History of the American Eugenics Movement, 1908–1930. *Proceedings of the American Philosophical Society* Vol. 149, No. 2, June 2005, 199–225.
- Seppinen Ilkka ja Hietanen, Silvo: Ulkomaankaupan umpio talvella 1944–1945. *Kansakunta sodassa 3. Kuulun yli*. Päätoim. Silvo Hietanen. Opetusministeriö, Valtion painatuskeskus, Helsinki 1992, 229–241.
- Shephard, Ben: *The long road home: the aftermath of the Second World War*. Alfred A. Knopf, New York 2011.
- Shvarts, Shifra: The Development of Mother and Infant Welfare Centers in Israel, 1854–1954. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Vol 55, 2000, 398–425.
- Siral, Martti: Äitiyshuollosta. *Duodecim* 1934, 125–152.
- Siironen, Mika: *Vapaussodan perintö*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto 2012.
- Siivola, Ulla: *Terveysisar kansanterveystyössä*. WSOY, Porvoo 1985.
- Simonen, Seppo: *Paluu Karjalaan. Palautetun alueen historiaa 1941–1944*. Otava Helsinki 1965.
- Simonsen, Eva: Into the open – or hidden away? – The construction of war children as a social category in lost-war Norway and Germany. *NORDEUROPAforum - Zeitschrift für Kulturstudien*. 2006;16(2):25–49.
- Sinistä punaista mustaa : näkökulmia Suomen 1930–40-lukujen poliittiseen historiaan*. Toim. Petri Juuti. KehräMedia, Kangasala 2005.
- Smallman-Raynor, Matthew & Cliff, Andrew: Impact of infectious diseases on war. *Infectious Disease Clinics of North America* 2004, 341–368.
- Society, Health and Population during the Demographic Transition*. Eds. Anders Brändström and Lars-Göran Tedebrand. Almqvist and Wiksell International, Stockholm, 1988.
- Somer, Pekka: Lääkintähuollon yleisjärjestely v. 1941–44 sodassa. *Sotilasaikakauslehti* 1956, 337–344.
- Sorvettula, Maija: *Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan*. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry., Helsinki 1998.
- Sosiaalinen pääoma ja luottamus*. Toim. Kaj Ilmonen. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2000.
- Sotakirurgisia kokemuksia*. Kirjoittajina G. af Björkesten et al. WSOY, Porvoo 1946.
- Spengler, Oswald ja Ahlman, Erik: *Ratkaisun vuosia. 1. osa, Saksa ja maailmanhistoriallinen kehitys*. Otava, Helsinki 1934.
- Spengler, Oswald ja Massa, Yrjö: *Länsimaiden perikato : maailmanhistorian morfologian ääripiivoja*. Kirjayhtymä, Helsinki 1961.
- Stearns, Peter N.: *Childhood in World History*. Routledge, London and New York 2006.
- Steinby, Ann-Gerd: *Sjuttiofem år For Folkhälsan. Samfundet Folkhälsan 1921–1996*. Ab Folkhälsan, Helsingfors 1998.
- Stuart G.: A note on diphtheria incidence in certain European countries. *British Medical Journal* 1945;2;1947–1955.
- Stöckel, Sigrid: Infant mortality and concepts of hygiene. Strategies and consequences in the Kaiserreich and the Weimar Republic: the example of Berlin. *History of the Family*, 2002, Vol. 7 Issue 4, 601–616.
- Stöckel, Sigrid: *Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik : das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*. Walter de Gruyter, Berlin 1996.
- Sulkunen, Irma: *Naisen kutsumus. Miina Sillanpää ja sukupuolten maailmojen erkaantuminen*. Hanki ja Jää, Helsinki 1989.

- Sulkunen, Irma: Naisten järjestäytyminen ja kaksijakoinen kansalaisuus. *Kansa liikkeessä*. Toim. Risto Alapuro, Ilkka Liikanen, Kerstin Smeds & Henrik Stenius Henrik., Kirjayhtymä, Helsinki 1987, 157–175.
- Sundin, Jan et al. (red.): *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm, R 2005: 8.
- Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen historia. Toim. Ville Pernaa, Mari K. Niemi. Edita, Helsinki 2005.
- Suomen väestö. Toim. Seppo Koskinen et al. Gaudeamus, Helsinki 2007.
- Suomi 85. Itsenäisyyden puolustajat. Kotirintamalla. Toim. Lauri Haataja. Weilin & Göös, Porvoo 2002.
- Suoninen, Eero: Näkökulmia sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero: *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino, Tampere 1999, 17–36.
- Suunniteltu työnjako Suomen Huollon ja siihen liittyneiden järjestöjen kesken. *Huoltaja* 19/1943, 453.
- Szreter, Simon: The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c. 1850 – 1914: a Re-interpretation of the Role of Public health. *Social History of Medicine* 1988 Vol 1, No. 1, 2–37.
- Särkkä, Aino: Viimeinen sotakesä Suojärvellä. *Lääkärinä sodassa*. Suomen Lääkäriliiton kokoamista muistelmista toim. Kyllikki Kauttu. Tammi, Helsinki 1989, 310–319.
- Taistelu tuberkuloosia vastaan Lapissa. Lapin Lastenlinna valmistuu. *Suomen Punainen Risti* 5/1951, 90–91.
- Tala-Heikkilä, Marianna: Tuberkuloosi Suomessa. *Duodecim* 2003, 1621 – 1628.
- Tallberg, Marianne: Rockefeller-säätiön tukema kansanterveystyö ja sairaanhoitajien jatkokoulutus Suomessa 1945–1956. *Hippokrates* 2007, 153–173.
- Tallberg, Marianne: Rockefeller-säätiön tuki Suomen kansanterveystyölle 1929 – 1941 – katsaus terveysisärlaitoksen näkökulmasta. *Hippokrates* 2000, 122–133.
- Tamminen, Antti (toim.): *Joulumerkkikotimme 1936–1973. Poimintoja joulumerkin 70-vuotiselta taipaleelta*. Suomen Tuberkuloosin vastustamisyhdistys ry, Helsinki 1982.
- Temmes, Markku: *Hallintokoneiston autonomisuus*. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 218. Tampereen yliopisto, Tampere 1987.
- Teramo, Kari: Joulumerkkien tarina. *Duodecim* 2003, 2337 – 2345.
- Terveysten lähteillä : länsimaisten terveyskäsitusten kulttuurihistoriaa*. Toim. Timo Joutsivuola ja Heikki Mikkeli. Suomen historiallinen seura, Helsinki 1998.
- Teräs, Kari, Keskinen, Jarkko ja Seppälä, Suvanna: *Arki ja sota. Häikäpöntöistä nurkkatansseihin : arjen ilmiöitä sota-aikana*. Toim. Jarkko Keskinen, Suvanna Seppälä, Kari Teräs. Turun yliopisto, Turku 2012, 7–25.
- The Cambridge World History of Human Disease*. Ed. Kenneth Kiple. Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- The Oxford Handbook of the History of Eugenics*. Eds. Alison Bashford and Philippa Levine. Oxford, New York 2010.
- Thompson, Larry V.: Lebensborn and the Eugenics Policy of the Reichsführer-SS. *Central European History*. Vol. 4, No. 1 Mar. 1971, 54–77.
- Tiihonen Seppo: *Välillinen julkinen hallinto sota-aikana. Erityisesti kriisihallintoon liittyvät järjestelyt*. Åbo Akademis kopieringscentral 1984.
- Tiitta, Allan: *Collegium medicum : Lääkintöhallitus 1878–1991*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009.
- Tingvald–Hannikainen Göta: Havaintoja tuberkuloositartunnasta ja –sairauksista kansakoululapsissa. *Duodecim* 1945, 463–502.
- Titmuss, Richard M.: *Problems of Social Policy*. Her Majesty's Stationery Office, London 1950.
- Titmuss, Richard M.: *War and Social Policy. Essays on 'The Welfare State'*. George Allen & Unwin LTD, London 1958, 75–87.
- Tourula, Marjo, Isola, Arja, Hassi, Juhani: Children sleeping outdoors in winter: Parents' experiences of a culturally bound childcare practice. *International Journal of Circumpolar Health* 67:2-3 2008, 269–278.
- Tuberkuloottisten lasten suojakoti Rovaniemellä. *Suomen Punainen Risti* 2/1950, 27, 40.
- Tuke, Margaret J.: *A History of Bedford College for Women 1849–1937*. Oxford University Press, Oxford 1939.
- Tuomaala, Saara: *Työtätekevästä käsistä puhtaksi ja kirjoittaviksi : suomalaisen oppivelvollisuuskoulun ja maalaislasten kohtaaminen 1921–1939*. Bibliotheca historica 89. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2004.

- Tuomi, Jouni ja Sarajärvi, Anneli: *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki 2002.
- Tuori, Kaarlo: *Valtionhallinnon sivuelinorganisaatiosta : julkisoikeudellinen tutkimus komitea-tyyppisten elinten asemasta Suomen valtio-organisaatiossa*. 1. nide, Teoreettinen ja historiallinen tausta. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Helsinki 1983.
- Turpeinen, Oiva: Lastensuojelu ja väestönkehitys. Lastensuojelun lääkinöllinen ja sosiaalinen kehitys Suomessa. Pulma, Panu ja Turpeinen Oiva: *Suomen lastensuojelun historia*. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki 1987.
- Tutkijat ja sota*. Toim. Marjatta Hietala. Historiallinen arkisto 121. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2006.
- Tuuteri, Leena: *Sata vuotta lasten sairaalahoitoa. Helsingin Lastenklänikka 1893–1993*. Otava, Helsinki 1993.
- Tuuteri, Leena: *Tuhat päivää Itä-Karjalassa : Itä-Karjalan siviiliväestön terveyden- ja sairaanhoito suomalaismiehityksen aikana 1941–1944*. Recallmed 1998.
- Uusitalo, Sinikka: *Turun kaupungin historia 1918–1970*. Toinen nide. Turun kaupunki, Turku 1982.
- v. Hertzen, Heikki: Väestöpolitiikkamme päätapahtumat vuosina 1946–1948. *Väestöpolitiikkamme uusia muotoja etsimässä*. Väestöliiton Vuosikirja II. Helsinki 1948, 219–240.
- Waddington, Keir: *An Introduction to the Social History of Medicine: Europe Since 1500*. Palgrave Macmillan, Basingstoke 2011.
- Vainio, V. H.: *Neljännesvuosisata vapaaehtoista rajaseututyötä*. Hämeen kirjapaino OY, Tampere 1958.
- Vainio-Korhonen, Kirsi: *Ujostelemattomat : kättilöiden, synnytysten ja arjen historiaa*. WSOY, Helsinki 2012.
- Vallgård, Signhild: *Folkesundhed som politik. Danmark o Sverige fra 1930 til I dag*. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus 2003.
- Walsø, Vilde Christoffersen: *Fra plikt til rettighet. Tvang og frivillighet i norsk vaksinasjonslovgivning fra 1947 til 1994*. Universitetet i Bergen 2011.
- Valvanne, Heikki: Valtiontalous vuosina 1938–1951. *Taloudellisia selvityksiä 1952*. Suomen pankin taloustieteellisen tutkimuslaitoksen julkaisuja. Sarja A:13. 5–26.
- War, Medicine and Modernity*. Edited by Roger Cooter, Mark Harrison and Steve Sturdy. Sutton Publishing, Somerset 1999.
- Waris, Heikki, Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkän sillan pohjoispuolelle. Väitöskirja. Into, Helsinki: 2016[1932]
- Varjoranta, Pirjo: *Terveyssisarten kotikäynnit suomalaisessa lastenneuvolatyössä vuosina 1944–1972*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, Kuopio 1992.
- Vasara, Erkki: Suojeluskuntatoiminnan päättymisen. *Jatkosodan pikkujättiläinen*. Toim. Jari Leskinen ja Antti Juutilainen. WSOY, Helsinki 2005, 1111–1118.
- Wasz-Höckert, Ole, Hultin, Holger ja Gorbato, Oleg: Missä määrin neuvola- ja kansakouluikäisten lasten rokotuksia jää suorittamatta ja minkä vuoksi. *Duodecim* 1963, 80–84.
- Weaver, Lawrence T.: In the Balance: Weighing Babies and the Birth of the Infant Welfare Clinic. *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 84, Number 1, Spring 2010, 30–57.
- Weaver, Lawrence T: Kinderheilkunde and Continental Connections in Child Health: The “Glasgow School Revisited”—Again. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. (2013) 68 (4): 583–626.
- Weber, Max: *Readings and commentary on modernity*. Ed. Stephen Kalberg. Modernity and society; 3. Blackwell, Malden, MA 2005.
- Wegman Myron D.: Infant Diarrhea in Finland. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 1953 April; 25(5): 358–368.
- Wegman, Myron D.: *Lapsiripuli Suomessa*. Lääkintöhallituksen Kansanterveysosasto, Helsinki 1951.
- Weindling, Paul: *Health, race, and German politics between national unification and Nazism, 1870–1945*. Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Weiner, Gena: *De räddade barnen. Om fattiga barn, mödrar och fäder och deras möte med filantropin i Hagalund 1900–1940*. Hjelms, Södertälje 1995.
- Weiss, Sheila Faith: Wilhelm Schallmayer and the Logic of German Eugenics Author(s). *Isis*, Vol. 77, No. 1 Mar., 1986, 33–46.
- Westerlund, F. W.: Om dödligheten bland barn under 1 år i Finland 1872–1886. *Finska läkaresällskapets handlingar*. Band XXXI, 1889, No. 8, 599–706.

- Wheeler, C. M.: Control of Typhus in Italy 1943–1944 by use of DDT. *American Journal of Public Health*, 36 (1946): 119–129.
- Wilcox, Allen J. Skjaerven, Rolf and Irgens, Lorentz M.: Harsh Social Conditions and Perinatal Survival: An Age-Period Cohort Analysis of the World War II Occupation of Norway. *American Journal of Public Health* September 1994, Vol. 84, No. 9, 1463–1467.
- Vilén, Timo: Ragnar Granitin talvisota. *Tutkijat ja sota*. Toim. Marjatta Hietala. Historiallinen arkisto 121. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2006, 346–405.
- Wilska, Alvar: Kansanterveys tieteellisenä tutkimusobjektina. *Suomen Lääkäriliiton aikakauslehti*. 1944, 163–173.
- Winter, J. M.: *The Great War and the British People*. Palgrave MacMillan, Basingstoke 2003 [1985].
- Winter, J. M.: The Impact of the First World War on Civilian Health in Britain. *The Economic History Review*. Second Series, Volume XXX, No. 3, August 1977, 487–507.
- Virolainen, Johannes: *Siirtokarjalaiset 1941–44. Kotiinpaluu, jälleenrakennus, uusi lähtö*. Otava Helsinki, 1989.
- Virtanen, Matti: *Fennomanian perilliset : poliittiset traditiot ja sukupolvien dynamiikka*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2001.
- Vitek, Charles R. and Wharton Melinda: Diphtheria in the Former Soviet Union: Reemergence of a Pandemic Disease. *Emerging Infectious Diseases*, vol. 4, No. 4, October–December 1998, 539–550.
- Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare 1870–1945*. Eds. Valerie A. Fildes, Lara Marks, Hilary. Routledge, London 1992.
- Woods, Robert: Did Montaigne Love his Children? Demography and the Hypothesis of Parental Indifference. *Journal of Interdisciplinary History*, XXXIII:3 Winter 2003, 421–442.
- Wrede Sirpa: Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia. Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika: *Terveyssosiologian suuntauksia*. Gaudeamus Helsinki 2000, 189–205.
- Wrede, Sirpa: *Decentering Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Åbo Akademi University Press, Åbo 2001.
- Wrede, Sirpa: Kenen neuvola? Kansanterveystyön ”naistenhuoneen” rakennuspuut. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Toim. Ilpo Helén, ja Mikko Jauho. Gaudeamus, Helsinki 2003, 58–86.
- Wrigley, E. A.: The fall of marital fertility in nineteenth-century France: exemplar or exception? (Part I). *European Journal of Population* 1985 Jan;1(1):31–60.
- Vuolio, Vesa: *Lunastettu vapaus – Kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen*. University of Jyväskylä, Department of Sociology, Report no. 49, Jyväskylä 1991.
- Vuori, Hannu: *Lääketieteen historia : sosiaalihistoriallinen näkökulma*.: Gummerus, Jyväskylä 1979.
- Vuorinen, Heikki S.: *Tautinen Suomi 1857–1865*. Tampere University Press, Tampere 2006.
- Vuorinen, Heikki S.; *Taudit, parantajat ja parannettavat : lääketieteellinen historia*. Vastapaino, Tampere 2010.
- Vuorinen, Heikki S: *Tautinen historia*.: Vastapaino, Tampere 2002.
- Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä*. Väestöliiton vuosikirja I. WSOY, Porvoo – Helsinki 1946.
- Väestöpolitiikkamme uusia muotoja etsimässä*. Väestöliiton Vuosikirja II. Helsinki 1948.
- Yliruokanen Aino: Kunnanlääkärin neuvolatyöstä. *Suomen Lääkärilehti* 1955, 1971–1998.
- Ylppö, Arvo: Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus *Duodecim* 2/1913, 77–85. Ylppö 1913A
- Ylppö, Arvo: *Elämäni pienten ja suurten parissa : muistikuvia ja kuvamuistoja*. W. Söderström, Porvoo 1964.
- Ylppö, Arvo: Huoltolaitoksista ja –toimenpiteistä pikkulapsen ja äidin turvaamiseksi Charlotenburgin kaupungissa. *Duodecim* 7/1913, 387–400. Ylppö 1913B.
- Ylppö, Arvo: Lastenhoidollisen ammattisivistyksen kohottamisesta. *Duodecim* 5/1922, 183 – 190.
- Ylppö, Arvo: *Lastenhoito ja lastentaudit*. Sairaanhoidajattarien oppikirja XI.- Porvoo WSOY, 1939.
- Ylppö, Arvo: Lastentautien erikoisuuksista Suomessa, etupäässä ilmaston vaikutuksia silmälläpitäen. *Duodecim* 1925, 653–665.
- Ylppö, Arvo: Ohjeita lastenhuoltolain järjestämiseksi kaupunki-, kauppala- ja tiheimmin asutuissa maalaiskunnissa. *Terveydenhoitolehti* 1921, 75–79. (Ylppö THL 1921).

- Ylppö, Arvo: Pathologisch-anatomische Studien bei Frühgeborenen. *Zeitschrift für Kinderheilkunde*. 1919, Volume 20, Issue 1, 212–431.
- Ylppö, Arvo: *Suomen lapsen suoja*. KMLL julkaisuja 7. Toinen, korjattu painos [1920]. Otava Helsinki 1923.
- Ylppö, Arvo: Üalmistava ehdotus pientenlasten hoidon järjestämiseksi valtion asiaa pohtimaan asettaman komitean jäsenille *Epione* 11/ 1921, 110–114, ja 12/1921, 123–127.
- Ylppö: Lastenhuollon kehityksestä ja järjestelystä. *Lapsi ja nuoriso* 5/1941, 61–65.
- Yrjälä, Ann: *Public health and Rockefeller wealth alliance strategies in the early formation of Finnish public health nurse*. Åbo Akademi University Press, Åbo 2005.
- Zola, Irving Kenneth: Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, November 1972, 487–504.

Verkkolähteet

- Ahola, Teija: *Terveyttä kaikille. Terveystalot ja kunnanlääkärintalot 1940-luvulta 1960-luvulle* Selvitystyö Ahola 2014. <http://www.nba.fi/fi/File/2570/terveys-ja-kunnanlaakarintalot-1940-1960-luvuilla.pdf> Haettu 30.11.2016
- Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka: Teoria ja tutkimus. Luku 2.2 kokonaisuudesta Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_2.html. Haettu 4.1.2017.
- Arvo Ylppö -sivusto. <http://www.ylppo.fi/etusivu> Haettu 30.12.2016.
- Arvo Ylppö-sivusto: Julkaisut <http://www.ylppo.fi/sivu.php?id=109> Haettu 4.1.2017.
- Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 37. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504222997> Haettu 14.8.2017.
- Barnavårdsföreningen: Om oss. <http://www.bvif.fi/sv/omoss/> Haettu 30.12.2016.
- Bryggman: Turunmaan sairaala <http://www.bryggman.fi/index.php?page=turussa&hash=turunmaan-sairaala> Haettu 3.12.2016.
- CDC. Glossary: Community immunity. <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/glossary.html#commimmunity> Haettu 1.4.2017.
- CEDAR – Enheten för demografi och åldrandeforskning. Umeå universitet. <http://www.cedar.umu.se/> Haettu 30.3.2017.
- Charité -sairaala: http://www.charite.de/p_endo/kindarzt/geschBerlKHK/berlkhk/Posterserie%204.pdf. Haettu 16.4.2013.
- Deutsche Biographie: Langstein, Leo <http://www.deutsche-biographie.de/sfz48154.html> Haettu 30.12.2016.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.: *Heinrich Finkelstein - eine posthume Ehrung*. Haettu 23.1.2017. http://www.dgkj.de/fileadmin/migrated/content_uploads/10_NDGKJ_Finkelstein.pdf Haettu 23.1.2017.
- Edwardsville Intelligencer 5.4.1940 <http://newspaperarchive.com/us/illinois/edwardsville/edwardsville-intelligencer/1940/03-05/> Haettu 19.9.2013.
- Erkki Leppo obituary <http://loonfoot.com/EALEPPO/FILES/INTRO.HTM> Haettu 3.2.2013.
- Forsius, Arno: D-vitamiinin puutos ja riisitauti, 2009. http://www.saunalahti.fi/arnoldus/d_vitam.html Haettu 21.3.2017.
- Forsius, Arno: *Kätilöistä Ruotsissa ja Suomessa ennen vuotta 1809*, 2013. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/katilot.htm> Haettu 21.3.2017.
- Forsius, Arno: *Lastenhoidon neuvonnan historiaa*, 2004. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/lastneuv.html> Haettu 21.3.2017.
- Forsius, Arno: *Äitiysneuvonnan kehitysvaiheita*, 2003. http://www.saunalahti.fi/arnoldus/ait_neuv.html Haettu 21.3.2017.
- Fulbright Center: *Toiminnan historiaa*. <http://www.fulbright.fi/fi/fulbright-center/toiminnan-historiaa> Haettu 2.12.2016.

- Indrayan. A.: *Indicators of child mortality*.
<http://www.medicalbiostatistics.com/ChildMortality.pdf> Haettu 30.12.2016.
- Järvelä, Marja: Johdatus yhteiskuntapolitiikan maisteriopintoihin. Luento 2.
<http://slideplayer.fi/slide/2624427/> Jyväskylän yliopisto. Haettu 19.8.2016.
- Kansallisen Kokoomuksen keskusarkisto. Pohjala Kyllikki:
<http://arkisto.kokoomus.net/kokoomusbiografia/elamakerta-artikkelit/pohjala-kyllikki/>
 Haettu 4.1.2017.
- Kansallismuseo: Kuukauden esine - Marraskuu 2005. Maitosarvi ja sarvenrenki.
<http://www.kansallismuseo.fi/fi/kansallismuseo/kokoelmat/kuukauden-esine-2005/maitosarvi> Haettu 8.4.2017.
- Kunnallisvaalit Helsingissä vuonna 2008. Tilastoja 2008, 43. Helsingin kaupungin tietokeskus,
 4. http://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/o8_11_11_Tilast_43_Lankinen.pdf.
 Haettu 21.3.2017.
- Käypä hoito: Ennenaikainen synnytys.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50089> Haettu 23.1.2017.
- Lasten rokotuskattavuus Suomessa: THL. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/kansallinen-rokotusohjelma/rokotuskattavuus/lasten-rokotuskattavuus> Haettu 19.12.2016.
- Lehtimäki, Terhi: *Terveyttä kaikille – keskussairaalat 1940-luvulta 1980-luvulle*. Arkkitehti-toimisto Hanna Lyytinen Oy 2014. <http://www.nba.fi/fi/File/2557/keskussairaalat-1940-luvulta-1980-luvulle.pdf> Haettu 1.12.2016.
- Leikola, Anto: Miten Ylpöstä tuli professori?
http://www.ylppo.fi/miten_ylposta_tuli_professori Haettu 21.3.2017
- Luovutetut alueet. https://fi.wikipedia.org/wiki/Luovutetut_alueet Haettu 2.9.2017.
- Luovutettu Karjala <http://www.luovutettukarjala.fi/> Haettu 23.1.2017.
- Luovutettu Karjala. Impilahti.
<http://www.luovutettukarjala.fi/pitajat/impilahti/impilahtihist.htm> haettu 23.1.2017.
- Lääketieteen sanasto. <http://www.terve.fi/laaketieteen-sanasto/> Haettu 5.5. 2017
- Malmöntalo. <http://www.vaasalaisia.info/vaasapedia/index.php/Malm%C3%B6ntalo>. Haettu 25.11.2016.
- Marshall Plan. https://en.wikipedia.org/wiki/Marshall_Plan Haettu 15.3.2017.
- MLL Lemminkäisen paikallisosaston historia http://lemi.mll.fi/tietoa_yhdistyksesta/historia/ Haettu 5.1.2017.
- MLL. Lastenlinnan historia. <http://www.mll.fi/mll/historia/lastenlinna/> Haettu 30.12.2016.
- Museovirasto. Rakennettu hyvinvointi.
http://www.nba.fi/fi/kulttuuriymparisto/rakennusperinto/rakennettu_hyvinvointi. Haettu 19.3.2017.
- Nationalsozialistische Volkswohlfahrt.
http://de.wikipedia.org/wiki/Nationalsozialistische_Volkswohlfahrt Haettu 23.1.2017.
- Nordström, Lubbe: Lort-Sverige, Stockholm 1938. Sähköisenä osoitteesta
<http://runeberg.org/lortsyrg/> Haettu 19.3.2017.
- Nykarlebyvyyer. Granqvist, Ture: *Föreningen Folkhälsan i Nykarleby med omnejd, Munsala och Jeppo 50 år*. <http://www.nykarlebyvyyer.nu/sidor/texter/prosa/diverse/folkhals.htm> Haettu 30.12.2016.
- OECD: Infant mortality rates. <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>
 Haettu 4.1.2017.
- Pelastakaa Lapset – Keitä me olemme? <https://www.pelastakaa-lapset.fi/tietoa-meista/keita-me-olemme/> Haettu 30.12.2016.
- Pittsburgh Press 5.4.1940.
<http://news.google.com/newspapers?nid=1144&dat=19400305&id=iiEbAAAAIBAJ&sjid=SoWEAAAAIBAJ&pg=3056,1653138> Haettu 24.3.2017.
- Ragnar Granit - Biographical http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1967/granit-bio.html Haettu 15.3.2017.
- RIISITAUTI Tietoa potilaalle ja vanhemmille.
<https://www.lastenendokrinologit.fi/@Bin/171199/riisitauti.pdf> Haettu 3.1.2017.
- Rockefeller-säätiön kotisivut <http://www.rockefellerfoundation.org/> Haettu 23.1.2017.
- Roos, Jeja-Pekka: *Janus* 2/2006. <http://www.mv.helsinki.fi/home/jproos/erasaari.htm>, Haettu 23.3.2017.
- Salmi, Hannu: Professoriluento Turun akatemiatalossa 30.5.2012.
<https://kulttuurihistoria.wordpress.com/2012/06/01/kulttuurihistoria-ja-lansimaiden-perikato/> . Haettu 4.10.2013.

Samfundet Folkhälsans genetiska institut 40 år.
http://www.flsh.fi/Site/Data/884/Files/flsh104/FLS_1_2004_s_46-53.pdf Haettu
 Social Security: The Children's Bureau. <http://www.ssa.gov/history/childb1.html> Haettu
 23.3.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveyspalvelut. <http://stm.fi/terveyspalvelut> Haettu 26.5.2017.

Suomen lastenlääkäriyhdistys r.y.: Historia.
<http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/historia> Haettu 20.3.2017

Suomen sosialidemokraattisen työläisnaisliiton xi edustajakokouksen pöytäkirja Helsingissä 29.,
 30. ja 31. tammikuuta 1926. http://www.tyark.fi/lists/naisliitto_ptk_1926.htm Haettu
 30.12.2016.

Tampereen yliopisto: Rokotustutkimuskeskus. <http://roko.tutkimus.fi/> Haettu 23.1.23.1.2017.

Taskinen, Sirpa: *Perheneuvonnan kehitys*.
http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaerhe/kasvatuperheneuvolat_kehitys.htm Haettu 7.10.2013.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Idefix-tutkimus. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/idefix-tutkimus> Haettu 2.12.2016.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Pikkulasten rokotusohjelman rokotuskattavuusraportti
 Terveyskeskus Pietarsaari
https://www.thl.fi/roko/rokotusrekisteri/raportit2013paivitys2015/reports/raportti2013_p_aiv2015_pietarsaari.pdf? Haettu 23.1.2017.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Polion esiintyvyys Suomessa.
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/polio1/polion-esiintyvyys-suomessa> Haettu 4.8.2017.

The Fred L. Soper Papers. World War II
<https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/VV/p-nid/79> Haettu 15.3.2017.

The Weimar Republic. The Fragility of Democracy, excerpts from constitution:
<https://www.facinghistory.org/weimar-republic-fragility-democracy/politics/weimar-constitution-excerpts-politics-general> . Haettu 30.3.2017

Tilastokeskus. *Käsitteet*. <http://www.stat.fi/meta/kas/index.html> Haettu 30.3.2017

Tilastokeskus. *Väestötieteen perusteet*.
http://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?page_type=ketusivu&course_id=tkoulu_vae
 sto Haettu 23.1.2017.

U.S. National Library of Medicine: The Fred L. Soper Papers. World War II: *Typhus Fever and Malaria in the Mediterranean*. <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/VV/p-nid/79> Haettu 23.1.2017.

UN – Under five mortality rate.
http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/health/under_five_mortality.pdf Haettu 30.3.2017

Unicef. Vuosituhattavoitteet. <https://www.unicef.fi/unicef/tyomme-paakohteet/vuosituhatavoitteet/> Haettu 4.1.2017

Utriainen, Seppo: *Polio 2005*. http://www.polioliitto.com/Links/Polio2005_helmikuu.pdf
 Haettu 17.12.2016.

Valtioneuvosto: *Hallitusohjelmat vuodesta 1917*.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitusohjelmat> Haettu 23.1.2017.

WHO: Child health. http://www.who.int/topics/child_health/en/ Haettu 4.1.2017.

WHO: Global Health Observatory (GHO) data. Under-five mortality.
http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/ Haettu
 23.1.2017.

WHO: Global Strategy for Women's and Children's Health.
http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf Haettu 23.1.2017.

World War II casualties. https://en.wikipedia.org/wiki/World_War_II_casualties. Haettu
 24.3.2017.

Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos.
http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/ haettu 15.12.2016.

YLE Elävä arkisto: *Erik von Frenckell maistelee kisacolaa 1952*.
http://yle.fi/elavaarkisto/artikkelit/erik_von_frenckell_maistelee_kisacolaa_1952_9309.html#media=9310 . Haettu 5.1.2017

YLE Elävä arkisto: *Kurkkumätä tappoi tuhansia Suomessakin*.
<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/03/10/kurkkumata-tappoi-tuhansia-suomessakin> Haettu
 5.12.2016.

Liitteet

Liite 1.

1.IX.1924-1.III. 1925 terveyssisarkurssin yksityiskohtainen ohjelma¹³⁰⁷

A. Teoria

I. Henkilökohtainen hygienia. 7 luentoa. Luennoitsija Tri M. Vannas.

II Yleishygienia. 9 luentoa. Luennoitsija Tri M. Vannas.

Asuntohygienia. 4 luentoa. Rva E. Nordenswahn.

Tuberkuloosi. 15 luentoa,

Sukupuolitaudit ja rotuhygienia 5 luentoa. Tri L. Leidenius.

III Äitiys. 4 luentoa, Tri L. Leidenius.

IV Lastenhoito. 24 luentoa. Prof. A. Ylppö.

V Ensi-apu. 4 luentoa. Tri K. Eskelin.

VI Sosiaalipolitiikka

Yhteiskuntaoppia ja kansantaloudellisia kysymyksiä. 10 luentoa, rva L. Harmaja.

Yhteiskunnan lasten- ja nuorisonsuojelu. 10 luentoa.

Työväenhuolto. 4 luentoa. Insinööri Rva J. Markelin-Svensson.

Köyhäinhoito 4 tuntia. Nti E. Tavastähti.

VII Kotitalous 2 luentoa. Rva. L. Harmaja.

VIII Pedagogiset opinnot 24 luentoa. Tri V. Oksanen

IX Terveysisärens työtavat ja työn järjestely 12 luentoa. Nti V. Snellman. Luentojen ohella käyntejä ja opetusharjoitusta

B. Käytännöllistä työtä:

Lastenlinnassa 1 kuukausi

Neuvonantoasemalla 1 kuukausi.

Koululasten hoidossa 1 kuukausi.

Tuberkuloottisten huoltotoimistossa 1 ½ kuukautta,

Hagan demonstratioalueella 1 kuukausi sekä vielä kuukauden ajalle harjoittelua joko lasten-hoitolaitoksessa tai sairaalan osastolla.

¹³⁰⁷ Varhaista terveyssisartoimintaa Hd 34, MLL, KA; Siivola 1985, 246–249.

Liite 2.

Elävänä syntyneet Suomessa vuosina 1880-1969.

1880	74 784	1910	92 984	1940	65 849
1881	72 436	1911	91 238	1941	89 565
1882	76 053	1912	92 275	1942	61 672
1883	76 378	1913	87 250	1943	76 112
1884	78 147	1914	87 577	1944	79 446
1885	75 129	1915	83 306	1945	95 758
1886	78 576	1916	79 653	1946	106 075
1887	81 724	1917	81 046	1947	108 168
1888	80 172	1918	79 494	1948	107 759
1889	77 881	1919	63 896	1949	103 515
1890	77 860	1920	84 714	1950	98 065
1891	82 128	1921	82 165	1951	93 063
1892	76 433	1922	80 140	1952	94 314
1893	73 030	1923	81 961	1953	90 866
1894	76 206	1924	78 057	1954	89 845
1895	81 783	1925	78 260	1955	89 740
1896	81 656	1926	76 875	1956	88 896
1897	82 330	1927	75 611	1957	86 985
1898	89 106	1928	77 523	1958	81 148
1899	88 358	1929	76 011	1959	83 253
1900	86 339	1930	75 236	1960	82 129
1901	88 637	1931	71 866	1961	81 996
1902	87 082	1932	69 352	1962	81 454
1903	85 120	1933	65 047	1963	82 251
1904	90 253	1934	67 713	1964	80 428
1905	87 841	1935	69 942	1965	77 885
1906	91 401	1936	68 895	1966	77 697
1907	92 457	1937	72 319	1967	77 289
1908	92 146	1938	76 695	1968	73 654
1909	95 005	1939	78 164	1969	67 450

Lähde: Findikaattori. Verkkolähde.

Liite 3.

Imeväiskuoletisuus (1:1000) Suomessa vuosina 1880–1969

1880	166,9	1910	117,7	1940	88,3
1881	186,3	1911	113,8	1941	59,2
1882	163,8	1912	108,6	1942	67,3
1883	148,7	1913	112,8	1943	49,5
1884	148,2	1914	104,2	1944	68,6
1885	162,3	1915	110,5	1945	63,2
1886	157,1	1916	110,1	1946	56,2
1887	131,6	1917	118,2	1947	58,5
1888	146,4	1918	115,2	1948	51,9
1889	142,4	1919	134,6	1949	48,3
1890	141,7	1920	96,7	1950	43,5
1891	144,6	1921	94,6	1951	35,4
1892	169,6	1922	99,2	1952	31,8
1893	142,7	1923	92,4	1953	34,2
1894	139,9	1924	106,9	1954	30,6
1895	129,0	1925	85,0	1955	29,7
1896	142,8	1926	85,6	1956	25,7
1897	133,1	1927	97,1	1957	27,9
1898	128,4	1928	84,0	1958	24,5
1899	136,9	1929	97,6	1959	23,6
1900	153,1	1930	75,1	1960	21,0
1901	144,5	1931	74,8	1961	20,8
1902	129,0	1932	70,9	1962	20,5
1903	127,3	1933	75,7	1963	18,2
1904	119,8	1934	73,0	1964	17,0
1905	134,6	1935	66,8	1965	17,6
1906	119,4	1936	65,9	1966	15,0
1907	112,0	1937	68,6	1967	14,8
1908	125,1	1938	67,8	1968	14,4
1909	111,0	1939	69,7	1969	14,3

Lähde: Findikaattori. Verkkolähde.

Liite 4.**Yhteenveto väkilukuilmoituksista v. 1943 lopussa Sortavalan piiristä**

Kunta	Asukasluku	Syntyneitä	Kuolleita	Alle yksivuotiaana kuolleita	Imeväiskuoolleisuus 1/1000
Harlu	5908	117	74	7	59,8
Hiitola	6512	155	87	5	32,2
Impilahti	9254	247	120	22	89,0
Jaakkima ja Lahdenpohja	9765	245	121	13	53,0
Lumivaara	4877	99	75	8	80,8
Kurkijoki	9309	164	114	7	42,0
Korpiselkä	3574	77	44	5	64,9
Värtsilä	5574	130	85	9	69,2
Pälkjärvi	1700	29	16	2	68,9
Ruskeala	6144	159	92	4	26,4
Soanlahti	1902	40	30	3	75,0
Suistamo	6300	164		10	60,8
Salmi	9681	281	151	18	64,0
Suojärvi	9500	199	120	13	65,4
Ukunieniemi	5983	159		9	56,6
Sortavala	4418	79	32	6	75,9
Sortavala mlk	20288	439	274	20	45,6
YHTEENSÄ	120689	2783	1435	161	57,9

Lähde: Sortavalan piirilääkärin vuosikertomus 1943. Eba 15, LKHV, KA.

Liite 5.

Kurkkumätään sairastuneet vuosina 1937–1956

1937	4339	1947	6513
1938	2936	1948	2805
1939	2797	1949	1292
1940	3246	1950	858
1941	1932	1951	628
1942	3058	1952	365
1943	14513	1953	284
1944	16020	1954	136
1945	17899	1955	64
1946	11678	1956	29

Lähde SVT 1940–1947, kulkutaudit.

Liite 6.

Kurkkumätärokotukset iän mukaan jaoteltuina vuosina 1943–1955

Vuosi	< 1 v.	1-6 v.	7-14 v.	>15v.	Yhteensä
1943	943	38886	98009	11821	149659
1944	2098	61787	138725	10547	213157
1945	1898	19488	39511	6323	67220
1946	4771	20514	46625	11773	83683
1947	6490	20548	35458	5775	68271
1948	10790	27242	39093	10869	87994
1949	7940	16909	33052	1769	59670
1950	9956	19899	35140	2002	66997
1951	9903	18072	40533	2102	70610
1952	4849	9768	33754	7561	55932
1953	31979	50753	61640	1191	145563
1954	37469	53641	45216	1129	137455
1955	43409	71094	22240	881	137624

Lähde: SVT 1939–1952, 1953–54 ja 1955.

Liite 7.

Lapin läänin terveystalot maaliskuussa 1951.

Kunta ja kylä	Valm.v.	Omistaja	Terveystalojen rahoitus			Huomautuksia
			Kunta	M-liiton osasto	Suomen Huolto	
Alatornio Arpela	Rakenteilla	Kunta	4.100.000		900.000	SIH-rah.
Alatornio Kiviranta	1949	”	11.200.000		800.000	SIH-rah luult. kunnanl. samassa asunnossa
Enontekiö kk	1948	”	2.600.000		3.000.000	UNRRA-varoista
Inari kk	1948	”	1.200.000			
Inari Sevettijärvi	1949	”	500.000		2.500.000	SIH-varoista
Kemi	1950	Kaupunki	8.000.000	4.000.000*		*Kummikunta-varoja
Kemi mlk	1949	Kunta	1.450.000	1.550.000		
Kemijärvi Luusua	1949	”	500.00		3.00.000	UNRRA-varoista
Kemijärvi Särkikangas	1941	”				Valmistalo Ruotsin PR:ltä
Kittilä Alakylä	1948	”	600.000		1.500.000	UNRRA-varoista
Kittilä Köngäs	1950	”	1.500.000		2.000.000	”
Kolari, Sippijärvi	1950	”	1.200.000		2.000.000	”
Pelkosenniemi	1949	”	2.500.000		2.000.000	”
Posio Jumisko	1950	”	1.500.000		2.000.000	”
Ranua kk	Rakenteilla	”	2.500.000		1.500.000	”
Rovaniemi kaup	1949	Kaup+mlk + tb-huoltop.	18.000.000		12.000.000	”
Rniemi mlk Meltaus	1949	Kunta	500.000		3.000.000	”
Rniemi mlk Viirinkylä	1950	”	4.800.000			
Salla Hautajärvi	1948	”	600.000		3.000.000	”
Salla Kursu	1941	”				Valmistalo Ruotsin PR:ltä
Savukoski	Rakenteilla	”	3.000.000	500.000	1.000.000	SIH-varoista
Sodankylä Vuotso	1949	”	2.000.000		500.000	UNRRA-varoista
Sodankylä Syväjärvi	1949	”			3.000.000	”
Tervola Koivu	1950	”	3.000.000	800.000	1.500.000	”
Tervola Varajoki	1949	”	1.150.000			1.750.000 Raja-seudun ystävien liitolta
Tornio kaup.	1950	”	4.750.000	n. 400.000		Kummikuntavarat eivät vielä tulleet
Utsjoki, Outakoski	1948	SPR				7.000.000 Ruotsin PR:ltä
Utsjoki kk	Ennen sotia sairasmaja	Valtio				
Ylitornio	1950	Kunta	3.500.000		900.000 1.100.000	SIH-varoista UNRRA-varoista
Yht	29		80.650.000	7.250.000	50.200.000	Rajas. yst. 1.750.000, Ruotsin PR 7.000.000

Lähde: Hh:12, MLL, KA. PR = Punainen Risti

Liite 8.



Kuva 16 Luovutettu Karjala. Sortavalan piirin kunnat tummennettu. Kuva Luovutetut alueet.
Verkkolähde.